Historia del seguro de enfermedad en España

DESDE FINALES DEL XIX A LA ACTUALIDAD

Tomás Gómez, Eva Matarín y Jorge Montes

CATARATA

Historia del seguro de enfermedad en España

DESDE FINALES DEL XIX A LA ACTUALIDAD

Tomás Gómez, Eva Matarín y Jorge Montes

CATARATA

Historia del seguro de enfermedad en España

DESDE FINALES DEL XIX A LA ACTUALIDAD

Tomás Gómez, Eva Matarín y Jorge Montes

CATARATA

TOMÁS GÓMEZ

Doctor en Economía Aplicada, licenciado en Ciencias Económicas y Empresariales y graduado en Derecho, profesor de Economía en la Universidad Carlos III de Madrid, profesor en la Universidad Francisco de Vitoria y profesor invitado en Saint Kolbe University del estado de Florida (EE UU). Autor de publicaciones en el campo de Economía de la Salud. Tuvo diferentes responsabilidades políticas, entre las que cabe citar: alcalde de la Villa de Parla, diputado portavoz en la Asamblea de Madrid y senador del Estado.

EVA MATARÍN

Socióloga y doctora en Ciencias de la Información. Posee un máster en Comunicación Corporativa e Institucional y el postgrado de Especialista en Investigación Social Aplicada y Análisis de Datos impartido por el Centro de Investigaciones Sociológicas. Es profesora del área de Sociología de la Universidad Rey Juan Carlos y Coordinadora Académica Adjunta del Máster Universitario en Educación Inclusiva e Intercultural en la Universidad Internacional de la Rioja.

JORGE MONTES

Profesor titular de Historia del Derecho y las Instituciones en la UNED, sus líneas de investigación son sobre La II República y, en especial, sobre estudios de género y la represión en el franquismo en las cárceles de mujeres. Ha publicado varias monografías y numerosos artículos. Ha desempeñado diversos puestos de responsabilidad en su universidad: secretario general, vicerrector de Estudiantes y Extensión Universitaria, director del Servicio de Inspección, y también ha sido subdirector general de la Biblioteca Nacional y del Museo Arqueológico. En la actualidad es el director del Centro

Asociado de La UNED Madrid Sur.

Tomás Gómez, Eva Matarín y Jorge Montes

Historia del seguro de enfermedad en España

Desde finales del XIX a la actualidad

© Tomás Gómez, Eva Matarín y Jorge Montes, 2020

© del prólogo: Elisa Pérez Vera, 2020

© Los libros de la Catarata, 2020

Fuencarral, 70

28004 Madrid

Tel. 91 532 20 77

www.catarata.org

Historia del seguro de enfermedad en España.

Desde finales del XIX a la actualidad

isbne: 978-84-1352-092-g

ISBN: 978-84-1352-053-7

DEPÓSITO LEGAL: M-22.359-2020

thema: MBPR/1DSE

este libro ha sido editado para ser distribuido. La intención de los editores es que sea utilizado lo más ampliamente posible, que sean adquiridos originales para permitir la edición de otros nuevos y que, de reproducir partes, se haga constar el título y la autoría.

Prólogo

En pleno siglo XXI, el mundo está viviendo una pandemia que pone a prueba a todos los sistemas sanitarios nacionales, al mismo tiempo que está socavando, incluso, la credibilidad de la Organización Mundial de la Salud. Es justamente en tal situación cuando surge este trabajo de investigación que rescata del olvido los avatares que condujeron a la implantación en España de un seguro de enfermedad que es modelo de sanidad y previsión públicas. Además, realiza un análisis comparativo del seguro de enfermedad y de los seguros sociales con los del resto de los países de Europa, según se configuraron en las primeras décadas del siglo XX.

La investigación que presentamos recupera las reformas desarrolladas por la II República en materia de previsión y sanitaria. Es en dicho periodo cuando se implantaron, por ejemplo, el seguro de maternidad o la Caja Nacional contra el paro, garantizándose el seguro de accidentes. Por otra parte, durante el mandato del ministro Francisco Largo Caballero, se ratificaron todos los convenios internacionales para la protección de los trabajadores y se elaboró un proyecto de unificación de los Seguros Sociales. No obstante, la llegada de la CEDA al Gobierno paralizó momentáneamente esta última iniciativa. Finalmente, el golpe de Estado contra el Gobierno legítimo de la República en 1936 puso el punto final a todos los proyectos de Largo Caballero, incluido el que aquí nos interesa de modo especial, es decir, el que buscaba la implantación de un Seguro Obligatorio de Enfermedad.

Pues bien, el proyecto estrella del ministro de la República Largo Caballero fue recuperado por el ministro de Trabajo franquista Antonio Girón de Velasco, al que se atribuye normalmente la paternidad del Seguro Obligatorio de Enfermedad. Sin negar la importancia de su traducción en Derecho positivo, es también de justicia destacar que estamos ante una ley de origen socialista, como prueban los archivos de la Fundación Pablo Iglesias y del Instituto Nacional de Previsión.

Más allá del análisis de su origen, este libro hace un recorrido legislativo sobre cómo ha funcionado el seguro de enfermedad en España, desde aquel momento inicial hasta la actualidad. Una actualidad en que se ha puesto de manifiesto la necesidad de un sistema social y sanitario público; el mismo que ha luchado y sigue luchando por cada uno de nosotros ante la situación de crisis de la COVID-19.

Sus autores, Jorge Montes, profesor titular de Historia del Derecho de la UNED, Tomás Gómez, doctor en Ciencias Económicas y graduado en Derecho por la UNED y profesor tutor de esta universidad y Eva Matarín Rodríguez-Peral, doctora en Ciencias de la Información y profesora en la Universidad Rey Juan Carlos, han sido sensibles a esta realidad, sobre la que han querido proyectar una mirada que se extiende a su evolución histórica. De ahí la oportunidad y necesidad de la lectura de esta obra, que, aparte de su contenido jurídico e histórico, se presenta acompañada de una muy cuidada y extensa bibliografía para que cualquier lector interesado pueda profundizar en el conocimiento del tema.

Granada, 7 de agosto de 2020

Elisa Pérez Vera

Rectora honorífica de la UNED, magistrada emérita del Tribunal Constitucional y consejera electiva del Consejo de Estado

INTRODUCCIÓN

“Somos nuestra memoria, somos ese quimérico museo de formas inconstantes, ese montón de espejos rotos”.

Jorge Luis Borges (1969)

A la hora de revisar el origen del estado de bienestar en España es operativo distinguir diversas etapas. La literatura sociológica suele distinguir tres periodos:

Un periodo inicial, que comienza a finales del siglo XIX y se extiende hasta el estallido de la Guerra Civil.

Un segundo periodo, que se inicia en 1936 y concluye en 1967, con la puesta en marcha de la Ley de Bases de la Seguridad Social. Algunos autores han definido esta etapa como un periodo de consolidación.

Finalmente, un tercer periodo, que abarca desde 1967 hasta el momento actual, y que se identifica con la gran transformación desde un modelo profesionalista hasta otro de características propias de un Sistema Nacional de Salud.

Sin embargo, para algunos autores existen dos periodos diferentes, y el paso de una etapa a la siguiente viene marcada por el contenido del debate (Perdices de Blas, 2003). El primer periodo arranca en el siglo XIX con el debate de la “cuestión social”, controversia que va tomando envergadura creciente a medida que transcurren los años, aunque no prende con fortaleza reconocible hasta los coletazos del

siglo y los inicios del siglo XX. El final de esta etapa se sitúa cronológicamente en la aprobación de la Ley de Seguridad Social de 1963. Es en este momento cuando se sustituye la cuestión social por el debate del estado de bienestar, dando lugar al segundo periodo, que se inicia en 1963 y llega hasta la actualidad.

Por otra parte, Comín (2007) relaciona cinco periodos diferentes:

Desde 1900 a 1919, periodo que se limita a esbozar un sistema de previsión obrera, caracterizado por seguros de carácter voluntario y provisión privada.

Un segundo periodo, que comprende entre 1919 y 1936, en el que se amplía el número de seguros, ninguno llega a ser obligatorio y surgen nuevas instituciones: las sociedades de socorro mutuo.

En el tercero, de 1936 hasta 1963, se sigue multiplicando el número de seguros sociales, enmarcados en un modelo de seguros profesionales.

El cuarto periodo se inicia en 1967, con la aplicación de la Ley de Bases de la Seguridad Social aprobada en 1963, y alcanza el final de la dictadura (1975). Es un periodo de implantación muy lenta de un sistema de seguridad social.

Por último, el quinto periodo se inicia con los Pactos de la Moncloa (1977), hasta la renovación de los Pactos de Toledo (2006). En este periodo se produce el surgimiento y conformación de la Seguridad Social en democracia.

En este trabajo vamos a proponer una variante a la primera de las propuestas, basada en la conveniencia, en lo que se refiere al estudio de la economía de la salud, de realizar una clasificación del periodo que abarca desde la Guerra Civil hasta la actualidad en tres etapas, relacionando dichos periodos con la extensión de la cobertura sanitaria pública.

TABLA 1

ORIGEN DEL ESTADO DE BIENESTAR EN ESPAÑA

	Primer periodo	Segundo periodo	Tercer periodo	Cuarto periodo	Quinto periodo
Literatura sociológica	1900-1919	1919-1936	1936-1962	1962-1975	1975-1986
Luis Perdices	S. XIX-1900	1900-1936	1936-1962	1962-1975	1975-1986
Comín (2007)	1900-1919	1919-1936	1936-1962	1962-1975	1975-1986

Fuente: Elaboración propia.

De esta manera la nueva clasificación propuesta sería:

Etapa inicial, desde el siglo XIX hasta la Guerra Civil.

Desde el inicio de la dictadura franquista hasta 1967, fecha en la que comienza la vigencia de la Ley de Bases de la Seguridad Social.

Desde 1967 hasta 1978, con la aprobación de la Constitución. La CE establece un diseño democrático en lo jurídico, político y social, que transforma sustancialmente los objetivos y las relaciones de los poderes públicos con los agentes sociales y grupos de interés.

Desde 1978 hasta la actualidad, con la orientación universalista de la Asistencia Sanitaria de la Seguridad Social (ASSS) como característica fundamental y la reforma de la previsión social y la asistencia sanitaria.

CAPÍTULO 1

LOS ORÍGENES DE LOS SISTEMAS DE PREVISIÓN SOCIAL

Aunque las mutualidades ya se conocían en Gran Bretaña, Holanda y Dinamarca a finales del siglo XVII, en la mayor parte de los países europeos, incluido España, no se desarrollan hasta el siglo XIX. La cobertura de estos sistemas llegó a ser variada: seguro de incendios, daños contra el ganado o las cosechas. En ocasiones, llegaban a mayores niveles de especialización, como ocurrió con las mutuas de seguros de vida.

La aplicación de los sistemas de seguros mutuos a la previsión social hay que encontrarla en las sociedades de socorro mutuo, que, junto a las sociedades cooperativas de producción y de consumo y los sindicatos, representaron formas de organización de las nuevas masas obreras que proliferan en torno a las ciudades con la Revolución industrial.

A lo largo del siglo XIX, se produjo una gran concentración de obreros en ciudades y zonas industriales que se fueron organizando y asociando. Los sindicatos no solo fueron palancas reivindicativas, también fueron desempeñando funciones de previsión a través de sus casas de socorro y creando almacenes en los que acumulaban producción con la que abastecer a los afiliados de artículos de consumo. Esta red de previsión fue creada como una respuesta a la inacción del Estado liberal y se concebía como un mecanismo de solidaridad y de apoyo a las situaciones de enfermedad, vejez, invalidez, muerte e incluso de desempleo en algunos casos (Moreno Ruiz, 2000: 209).

La evolución del seguro de enfermedad no es una anomalía respecto al resto de seguros sociales; por eso, cualquier ángulo de estudio debe contemplar la evolución y alcance de la previsión social.

Los seguros sociales nacieron en algunos países europeos durante las últimas dos décadas del siglo XIX. Así, la Alemania de Otto Eduard Leopold von Bismarck aprobó las leyes de 1883, de seguros de enfermedad de los trabajadores, la de 1884, de accidentes y la de 1889, de seguro de invalidez y vejez. Esta iniciativa ha sido

explicada como un intento de contener el auge del movimiento obrero y del socialismo y de su capacidad de movilización, así como el establecimiento de la superioridad del Estado prusiano frente a la Iglesia.

Sin embargo, no debería desdeñarse la perspectiva de la reafirmación de la Alemania unificada después de 1871. La formación de un Estado a partir de cuatro reinos, cinco ducados, doce principados y tres ciudades requería elementos de unidad y el establecimiento de mecanismos de solidaridad social representaba, en cierto modo, un elemento cultural germánico reconocible. Los conceptos de Solidarität y de Subsidiarität hacían referencia a dos ideas respectivamente: que la sociedad era responsable del bienestar de sus miembros y a la confianza en organizaciones creadas de abajo arriba.

Sea como fuere, la experiencia fue extendiéndose gradualmente a otros países europeos: Austria (1888), Hungría (1891), Suecia (1891), Dinamarca (1892) y Bélgica (1894), a los que se sumaron otros entre 1909 y 1912. Por ejemplo, Inglaterra lo hizo en 1911 de la mano del liberal Lloy George, que logró aprobar la National Insurance Bill y, a partir de 1919, con la I Guerra Mundial acabada, se constituye la Organización Internacional del Trabajo (OIT), que se inspira en sentimientos de justicia y humanidad, como se indica en su preámbulo. Se produce entonces una nueva concepción del papel del Estado en el ámbito social, que da lugar a una difusión mundial de los seguros sociales.

Se han determinado cuatro sistemas diferentes de seguro de enfermedad (Pons Pons y Vilar, 2015):

Seguros de enfermedad voluntarios (Bélgica y Francia).

Seguros voluntarios pero subsidiados (países escandinavos).

Seguro obligatorio de enfermedad (Alemania).

Modelo de transición del seguro voluntario al obligatorio (Inglaterra con la citada ley de 1919).

El seguro de enfermedad estuvo vinculado en sus orígenes al seguro de maternidad: algunas de las legislaciones de programas de seguros de enfermedad incluían subsidios de maternidad, pagados en la mayoría de los países por el Estado. Así, por ejemplo, el seguro alemán de 1883 incluía un subsidio del 75% del salario durante tres semanas de baja después del nacimiento.

LA REFORMA SOCIAL EN LA RESTAURACIÓN

El Estado liberal era, en esencia, un Estado de mínimos en el que las tareas del sector público se limitaban al máximo. La Escuela Economista, que tuvo como voces cualificadas las de Segismundo Moret y Melchor Salvá, defendía la no intervención en materia laboral y de prestaciones sociales. Si hay un resumen de su pensamiento completo, lo recoge Salvá en su tesis doctoral, De la beneficencia pública, en 1858: "Establecer o declarar por medio de ley un derecho absoluto a la asistencia es lo mismo que imponer una carga desconocida, pero grande a la población trabajadora y honrada a favor de una muchedumbre, cuyos hábitos de trabajo, previsión y de privaciones desaparecen, porque confía en los socorros ajenos y en el poder extraordinario y vigoroso del Gobierno" (Salvá, 1858: 15).

En este contexto, la aparición de nuevas prestaciones que diesen cobertura a los sectores más humildes, tradicionalmente satisfechas por la beneficencia, supone una novedad importante.

Las causas de este viraje desde las posiciones más liberales a una interpretación de las funciones del Estado más proteccionista han sido ampliamente debatidas. Para Comín (2007), la clave reside en la implantación del sufragio universal. La contención del gasto público defendida por los regímenes decimonónicos, barnizada de una completa construcción ideológica liberal, en realidad podría encerrar la defensa de los intereses de la clase más pudiente, que en un sistema de sufragio censitario controlaba una menor carga impositiva, ya que los votantes eran los mayores contribuyentes en los sistemas tributarios, con tipos progresivos que se fueron implantando en Europa especialmente durante el periodo finisecular.

Peter Flora y Jens Alber han estudiado las reformas sociales adoptadas en 12 países europeos durante este periodo, intentando correlacionarlas causalmente con tres factores diferentes:

El desarrollo económico y el nuevo entramado de relaciones socioeconómicas que se producen.

La emergencia y consolidación del movimiento obrero.

El grado de universalización del sufragio, que permitió a los partidos de clase la incorporación a las cámaras parlamentarias.

Guillén (1990) se centra en otra explicación muy poderosa desde el punto de vista sociológico: la ideología de la élite dirigente como elemento determinante del proceso de reforma social, es decir, que solo un cambio en la mentalidad de la minoría gobernante produjo el inicio de la protección social por parte del Estado.

La novedad de Guillén reside en poner el foco en el impacto que sobre el debate de la cuestión social tuvo la encíclica de León XIII Rerum Novarum (1891). En ella, el papa llama a que el Estado asuma la responsabilidad de la población con necesidades, además de la defensa del impulso al asociacionismo obrero y de la patronal.

Si las tesis de Guillén son correctas, es fácilmente explicable que el catolicismo social, de la mano de figuras como Antonio Cánovas del Castillo, Eduardo Dato y Severino Eduardo Sanz Escartín, tuviese un papel relevante en el inicio de la Reforma Social. Sin embargo, no está tan claro si la encíclica determinó los movimientos de la élite o sencillamente fomentó el desarrollo de los Círculos Obreros Católicos. Tuñón de Lara señala cómo el Padre Vincent creó más de 50 círculos en Valencia y Tarragona en 1893, convocando dos asambleas de delegados y un Consejo Nacional de Corporaciones Obreras de España, que tuvo como presidente de honor al obispo de Alcalá, Marcelo Azcárraga. En 1895 se creó la Asociación para la Defensa de los Intereses de la Clase Obrera, que, inspirada en la encíclica De conditione opificum, se encargaba no solo de tareas pastorales, sino otras de carácter económico, como proporcionar trabajo a los desempleados (Tuñón de Lara, 1972: 40-41).

Para Guillén, los otros cimientos ideológicos sobre los que se

construiría la Reforma Social vendrían de la mano del krausismo, escuela filosófica creada en torno a Karl Christian Friedrich Krause, un filósofo alemán de relevancia moderada pero uno de los pocos pensadores extranjeros que tuvo conexión con intelectuales españoles. La cuestión reflejaba en alguna medida el grado de aislamiento intelectual en que se encontraba España. La aportación de los postulados krausistas al debate de la cuestión social vino de la mano de algunos dirigentes del partido liberal, influidos por sus ideas y su participación en la Institución Libre de Enseñanza, lugar en el que se encontraron católicos sociales, krausistas e incluso socialistas como Fernando de los Ríos.

El reformismo, tercera fuente de influencia en la génesis de la previsión social en España, contó con la aportación de los regeneracionistas que, encarnados por hombres de la talla de Joaquín Costa, Francisco Silvela o Antonio Maura, influyeron decisivamente en las élites.

Finalmente, las ideas reformistas llegaron a la universidad con la creación, años después, de la cátedra de Política Social que ocupó Luis de Olariaga (cfr. Perdices de Blas, 2003: 234).

Pero hay otras explicaciones a la emergencia de la Reforma Social. Así, otro grupo de autores, entre los que se encuentra José Luis Monereo, defienden que la denominada “cuestión social” adquiere carácter institucional en España como consecuencia de: “[…] una combinación del proceso de modernización, de las presiones políticas por la mejora de las condiciones de existencia de las clases trabajadoras y de emergencia de nuevas ideologías, mentalidades proclives a la intervención estatal —más o menos extensa— en el campo del aseguramiento social público” (Monereo Pérez, 2007: 45).

LAS PRIMERAS INSTITUCIONES DE PREVISIÓN SOCIAL EN ESPAÑA

Bien sea por un cambio ideológico de las élites, por la emergencia del movimiento obrero o por conveniencia de un nuevo sistema económico que necesitaba rentabilizar al máximo la productividad del capital humano, desde 1880 se fueron construyendo los pilares de la arquitectura institucional del sistema de previsión social en España.

En 1883 se crea la Comisión de Reformas Sociales a través del Real Decreto de 5 de diciembre de 1883, presidida por Cánovas del Castillo, después por Moret, y actuando como secretario general Azcárate (Gómez Franco, 2015). Su cometido fue mutando, iniciando su andadura como un observatorio de las condiciones laborales hasta obtener una influencia considerable en los procesos legislativos. La Comisión recibió estudios, que le sirvieron para elaborar informes, de diversas instituciones, como el Ateneo de Madrid, la Institución Libre de Enseñanza, la Facultad de Derecho de Madrid o la Agrupación Socialista madrileña.

La siguiente medida a resaltar en este proceso es la Ley de Accidentes de Trabajo de 1900, que con poco más de una veintena artículos constituyó la primera disposición reguladora de los accidentes de trabajo, siendo ministro de la Gobernación Eduardo Dato.

A continuación, empieza a legislarse sobre las condiciones de trabajo de las mujeres y niños y se van creando nuevas instituciones, no siempre con el mismo éxito. Un ejemplo palmario es el Instituto de Trabajo, que siquiera llegó a ver la luz. Sí se puso en marcha el Instituto de Reforma Social (IRS), también de la mano de Dato como ministro. El objetivo central de esta institución era legislar en materia laboral, así como el desarrollo de tareas de inspección[1].

Los acontecimientos se van sucediendo:

En 1904 se aprueba la legislación sobre el descanso obrero dominical.

El 19 y 20 de octubre de 1904 se celebra la primera conferencia sobre previsión social, de donde nace el Instituto Nacional de Previsión (INP).

En 1906 se crea la Inspección de Trabajo.

La Ley de 27 de febrero de 1908 crea el INP bajo el mandato de Antonio Maura, aunque el espíritu del Instituto es encarnado por Dato, que ya ha virado completamente sus posiciones ideológicas hacia el intervencionismo del Estado.

El Instituto Nacional de Previsión (INP)

El Real Decreto de 24 de diciembre de 1908 regula el estatuto del INP y tiene como principal meta el seguro de pensiones. El 8 de mayo de 1920 se crea el Ministerio de Trabajo y el IRS y el INP pasan a depender del mismo, aunque el INP se integra como organismo autónomo, personalidad jurídica propia y organización independiente.

El INP es, ante todo, una perspectiva técnica del seguro. El cálculo actuarial y la solvencia del asegurador se fusionan con la participación institucional y el acuerdo social, entendido en la cultura de la época.

Entre los rasgos definitorios del Instituto estaban la neutralidad respecto a la política de partido y la autonomía en el funcionamiento de la institución (Monereo Pérez, 2007: 51).

José Maluquer y Salvador tuvo especial importancia dentro del INP, pues era uno de los pocos hombres que reunía capacidad de

influencia política, dada su amistad con Eduardo Dato, una profunda formación técnica y su conocimiento de fuentes internacionales, destacando en algunos encuentros como los Congresos Internacionales de Actuarios (1895 y 1900), de Socorros Mutuos, o el tercer Congreso Internacional de Accidentes (1908). También había participado en la Comisión de Reformas Sociales[2] y en los debates y en la ponencia de la conferencia de 1904 que dio origen al INP.

Para entender los objetivos de esta institución hay que comprender el pensamiento de Maluquer, representante de la escuela de libertad subsidiada, que, con un enfoque liberal-conservador, concebía el seguro social como una transición del seguro voluntario al obligatorio, en el que la capitación era la base del cálculo del seguro[3].

En origen, el INP era una federación social de actuaciones regionales que se encargaba del Retiro Obrero Obligatorio, junto a las cajas colaboradoras regionales y provinciales, las entidades aseguradoras de gestión complementaria y las de ahorro directo. Se financiaba con las cuotas patronales y la bonificación del Estado.

En realidad, en su época el INP era una especie de mutualidad nacional, dirigida por un patronato y una junta de gobierno. La importancia del Instituto radica en su concepción del seguro, según la cual, y a diferencia del seguro obrero clásico, con las aportaciones de los fondos se realizan inversiones financieras como elemento fundamental de la utilidad social del seguro e interviene en materia preventiva con la creación de sanatorios y escuelas.

Las Conferencias Nacionales de Seguros de 1917 y 1922

Desde el punto de vista práctico, el impulso definitivo hacia la implantación de los seguros sociales se produce con las Conferencias de 1917 y de 1922.

La de 1917 nace en un clima de tensión social producido por una

serie de consecuencias económicas de la guerra mundial que se había iniciado tres años antes. España mantuvo una posición de neutralidad frente al conflicto (Gaceta de Madrid, 7 de agosto de 1914), pero eso no impidió que una serie de hechos económicos fuesen concatenándose con importantes consecuencias internas.

En efecto, en un principio la no beligerancia tuvo como consecuencia prosperidad y desarrollo de algunos sectores industriales, como el textil en Cataluña, el minero en Asturias o las exportaciones de cereales, arroz, papel o hierro. Sin embargo, atender una demanda superior a la capacidad productiva del país dio lugar a la escasez de algunos productos básicos y a la carestía de la vida. El punto de inflexión señalado por diversos autores[4] es entre 1917 y 1919, periodo en que tiene lugar la Revolución rusa, de una parte, y la firma del Tratado de Versalles, de otra, que no hace sino empeorar las condiciones socioeconómicas, porque a la situación previa se le suman la caída de los beneficios empresariales y el aumento del desempleo. Además, después de la I Guerra Mundial se había empezado a germinar internacionadamente la convicción de que la estabilidad se sustentaba sobre una base de paz social y la idea de que la seguridad social era la compensación por las penalidades de la guerra y la propia posguerra. En España, la reacción del Gobierno conservador, desarrollando de manera incipiente la previsión social, estuvo más influida por el intento de aplacar los conflictos sociales que por su conexión con el pensamiento internacional emergente.

En 1917 se convoca la Conferencia Nacional de Seguros Sociales[5] y en 1919 se aprueba el seguro de vejez, el primero obligatorio.

Conferencia de 1917

La convocatoria se realiza el 31 de julio de 1917 por Luis Marichalar, ministro de Fomento, y se invita a la Unión General de trabajadores, la Junta Consultiva de las Cámaras de Comercio, Industria y Navegación, la Asociación General para el Estudio y Defensa de los Intereses de la Clase Obrera, la Asociación de

Agricultores de España, Fomento del Trabajo, Liga Vizcaína de Productores y asociaciones de navieros. Finalmente, no acudió ningún representante sindical, puesto que se movían entre la desconfianza y la lejanía en sus posiciones respecto al poder gubernamental.

En el artículo 2 del Real Decreto de convocatoria se circunscribe el ámbito objetivo de la conferencia: a) accidentes de trabajo en la industria y la agricultura, b) vejez, y c) invalidez para el trabajo (tanto temporal como permanente) en las contingencias de paro involuntario y maternidad.

La ponencia del seguro de invalidez corrió a cargo de Antonio Espina y Capó, miembro de la Real Academia de Medicina, investigador, senador y amigo personal de José Canalejas.

Las razones en favor del Seguro Obligatorio de Enfermedad fueron:

Como protección del capital humano productivo del país.

Para evitar desórdenes sociales.

Para evitar situaciones de necesidad cuando enfermaba el cabeza de familia.

La conferencia concluyó afirmando la necesidad de un seguro obligatorio para la invalidez en el trabajo, siempre que esta estuviese originada por una enfermedad. La financiación del sistema correría a cargo de las cuotas obligatorias complementadas por el Estado.

La conferencia fue el germen de las sucesivas reformas que tuvieron lugar con posterioridad. El 18 de febrero de 1919 se aprobó la reforma de la Ley de Accidentes de Trabajo, y el 21 de enero de 1921 el Seguro Obligatorio de Vejez, aunque la cobertura era muy modesta; de hecho, recibía el calificativo de “la perra gorda” porque la aportación del patrono era de 10 céntimos, a lo que se sumaban 3 céntimos del Estado.

Conferencia de 1922

La Conferencia Nacional de Seguros de Enfermedad, Invalidez y Maternidad convocada en Barcelona en 1922 es considerada como el inicio de una política de previsión relativa a la salud, y destaca la concepción del sentido unitario de seguros de la salud (Cuesta Bustillo, 1988: 410).

El concepto de lo que debe ser la atención a la enfermedad se transforma en otro más integral, que engloba los riesgos laborales, la imposibilidad de trabajar por enfermedad y la existencia de una organización sanitaria. En realidad, se trata de tres seguros (de enfermedad, maternidad e invalidez) que cubren contingencias distintas, lo que imposibilita desde el principio la integración en uno solo. La Conferencia de Barcelona propone en su ponencia la implantación de los tres.

En esta conferencia se produce un mismo debate abordado desde dos perspectivas diferentes: desde el ámbito social y desde el ámbito económico. Desde la primera perspectiva, se debate sobre los objetivos poblacionales y algunos ponentes, como Marvá, defienden que la meta es llegar a las tres cuartas partes de la población[6]. El principal argumento utilizado es la comparación internacional, en la que España resultaba ser el país con mayor morbilidad y mortalidad de Europa. En cuanto a la segunda perspectiva, los argumentos son más economicistas: el análisis gira en torno al crecimiento que tendría la productividad y, por tanto, los salarios, la grandeza del país y el bienestar de las diferentes clases sociales.

En el desarrollo de la conferencia, las posiciones se van alineando y desalineando en los distintos ámbitos de debate. Así, por ejemplo, obreros y Gobierno defienden el seguro obligatorio frente a la patronal, mutualidades y profesionales médicos, que defienden el voluntario, y se entrecruzan argumentos, como el que alude al sistema privado de EE UU[7].

A continuación, se exponen los elementos definitorios más

sustantivos de la Conferencia de Barcelona (más adelante, en concreto cuando abordemos el estudio de la Ley de 14 de diciembre de 1942, volveremos a algunos de ellos en términos comparativos):

1. Directrices del seguro de enfermedad

Se aprueba la obligatoriedad y la conveniencia de la implantación del seguro; se alegan razones económicas, demográficas y de carácter social. Se apuesta por la unidad administrativa de su organización.

La conferencia denuncia la falta de datos de mortalidad y morbilidad, así como se expresa favorable a la creación de estadísticas.

En cuanto a la relación del seguro con la beneficencia, la posición de la conferencia es más moderada de lo que algunos deseaban. Frente a las posiciones de sustitución de la beneficencia por el seguro, terminan siendo dominantes las que apuestan por la transición, pero no la sustitución y el trasvase de recursos y fondos paulatino.

Por último, dos aspectos clave: las mutualidades y el seguro mercantil. En cuanto a las primeras, se estimulan bajo el paraguas de la reforma sanitaria las instituciones obreras no resistentes justo en los momentos de mayor conflictividad social (Cuesta Bustillo, 1988: 642).

El seguro privado, después de una dura lucha de intereses, logró hacerse hueco en la colaboración con la administración de la salud.

2. Destinatarios

La definición de los beneficiarios se hizo de manera amplia: jornaleros, asalariados, trabajadores públicos, trabajadores a domicilio siempre y cuando sus ingresos fuesen menores a 6.000 pesetas anuales y, para los trabajadores autónomos, seguro de libertad subsidiada manteniendo el mismo techo económico.

El alcance del seguro fue objeto de duro debate entre los que defendían un seguro técnico y viable, que exigía la limitación de los trabajadores asegurados y los beneficiarios y la esencia defendida por todas las partes, consistente en una auténtica reforma sanitaria nacional. En realidad, ha sido la pugna, por otra parte, recurrente en materia de previsión, sobre el papel del Estado como subsidiario o garantista.

3. Prestaciones

Se incluía asistencia médica general y especializada, intervenciones quirúrgicas y prestaciones farmacéuticas y ortopédicas de carácter familiar. Existía una conciencia social muy elevada en relación con las enfermedades infecciosas y la ruina que afectaba a quienes las sufrían. Por esa razón, además de las prestaciones sanitarias, se incorporaba un subsidio de 2,50 pesetas al día, mejorable a través de aportaciones voluntarias.

Es destacable la fecha en la que se inicia el devengo del subsidio. En principio, la ponencia proponía como fecha el tercer día desde la declaración de la enfermedad, pero un técnico del INP, Lefrancq, que tuvo una notoria actuación en los debates desde posiciones defensoras de la solvencia del seguro, modificó la fecha, retrasándola al quinto día.

Aunque es insignificante la diferencia en un debate de tal envergadura, se expone como detalle de hasta qué punto la defensa de las posiciones se llevaba hasta las últimas consecuencias.

4. Críticas y dificultades

El principal argumento utilizado en contra de la implantación del seguro obligatorio fue su elevado coste, dada la necesidad de una compleja red de infraestructuras.

Respecto al argumento principal, que sigue teniendo vigencia en los tiempos modernos, subyacía un elemento ideológico, el auge liberal

frente al intervencionismo; traducido en términos de mercado, la pugna de las aseguradoras por mantener preferente el seguro mercantil frente al seguro social.

En segundo lugar, no menos importante era la reticencia de los llamados a cotizar. Son interesantes las intervenciones de Manuel Vigil, miembro de la dirección nacional del PSOE, defendiendo que las cotizaciones corriesen a cargo de la patronal y no mermasen los salarios, de por sí escasos, de los obreros.

Un tercer vector de obstáculos lo representaba la profesión médica y farmacéutica, que intuía su funcionarización y pérdida de ingresos.

La conferencia concluye con el mandato de iniciar todos los trabajos preparatorios para realizar una propuesta formal de seguro de enfermedad e invalidez, si bien es cierto que se da prioridad al seguro de invalidez.

CAPÍTULO 2

HACIA EL SEGURO DE ENFERMEDAD

CONTEXTO INTERNACIONAL

Después de la II Guerra Mundial, Europa y EE UU habían adoptado el keynesianismo. La figura de John Maynard Keynes era hasta tal punto influyente que, cuando murió en 1946, recibió honores por parte de las más altas autoridades mundiales. Su funeral fue presidido por el primer ministro británico, Clement Attlee, junto a la mayor parte del gabinete y el embajador de los EE UU, país en donde tuvo lugar un homenaje al economista en la Catedral Nacional de Washington D.C.

Después de la guerra, era imposible imaginarse la vida sin un Estado fuerte. Durante los años de conflicto bélico, las fábricas, el suministro de carbón, de alimentos y productos básicos y la propia de la protección de la población se había encomendado al poder público.

Por otra parte, no se habían curado las heridas de la crisis de 1929, y los Gobiernos europeos percibían a los países comunistas como una amenaza real. En este marco, Keynes aportó la solución. Frente al liberalismo sin regulación y la economía centralizada, abrió la tercera vía: el intervencionismo del Estado para regular y, al mismo tiempo, proteger el capitalismo.

Durante la contienda con Alemania, Attlee había tenido mucho margen de maniobra en los Gobiernos de coalición de W. Churchill, de manera que los presupuestos y el discurso del gabinete eran totalmente keynesianos; incluso los cálculos del Ministerio de Hacienda se hacían tomando como base la renta y el gasto, cuestión que suponía un hito. En este contexto, resultó natural la propuesta de sir William Beveridge, que en 1941 recibió el encargo de elaborar un informe sobre la organización del sistema de seguros sociales británicos. Esto suponía la derrota de los liberales. El propio Beveridge había sido jefe de F. von Hayek, el gran adversario de Keynes, en la London School of Economics, el epicentro intelectual liberal.

Nace así, en 1942, el Social Insurance and Allied Services, que sienta los principios del modelo ideológico, y al que le sucede en 1944 un segundo informe, Full Employment in a Free Society. En el primero de ellos se defendía un modelo de seguridad consistente en el mantenimiento de los ingresos necesarios para la subsistencia. El plan se basaba en el principio contributivo de proporcionar beneficios a los que se tenía derecho a través de un sistema de cotizaciones (Mercader Uguina, 2007). Por otra parte, en 1944 Beveridge sostenía en el segundo informe la necesidad de abordar un plan nacional para el empleo. Las bases del nuevo modelo eran, por tanto, pleno empleo y protección.

Todo esto suponía una revolución en el sistema. Queda desplazado el concepto de "seguros sociales" por el de "seguridad", más amplio y entroncado con la configuración de los Derechos Humanos, cuya declaración sería promulgada en 1948.

Aunque Gran Bretaña fue el primer país en poner en marcha un sistema semejante, existían algunos antecedentes. Por ejemplo, en 1935, F. D. Roosvelt había aprobado la Social Security Act, que se traducía en distintas medidas de protección pública, llegando, incluso, a anunciar en el anual Discurso del estado de la Unión una segunda declaración de derechos para garantizar de forma adecuada la cobertura de los perjuicios causados por el envejecimiento, la enfermedad y el desempleo. Nueva Zelanda, en 1938, había aprobado la Social Security Act, proporcionado protección a todos los ciudadanos atendiendo a un mínimo vital. En 1941 la Seguridad Social fue proclamada derecho humano fundamental por los Gobiernos aliados en la Carta Atlántica, por Naciones Unidas en 1945, por el Consejo de Europa en 1949 y por la OIT en 1952. En algunos países europeos, como Bélgica y Francia, después de la guerra, se ampliaron los programas de seguridad social y, en otros, como Irlanda, Italia, Noruega o Suecia, introdujeron cambios significativos, como puede observarse en la tabla 2.

En definitiva, había nacido el concepto moderno de seguridad social, que, basado en el principio de universalidad, abarcaba la protección de las coberturas necesarias para proteger económicamente a los individuos.

TABLA 2

LOS SEGUROS SOCIALES EN EUROPA (1883-1932)

Países	Fecha de promulgación de la ley del Seguro			Trabajadores para los que son obligatorios los se		
	Invalidez, vej	Enfermedad		Invalidez, vej	Enfermedad	
Alemania	1889-1911	1883	1883-1911	1923	Obreros y emp	Trabajadores asalariados
Austria	1907	1927	1888	1926	1928	Empleados Obreros, empleados
Bélgica	1844	1911-1924	1894	1924	1925	Marineros Mineros Obreros Empl
Bulgaria	1914		1918			Asalariados Obreros y empleados
Checoslovaquia	1889	1906	1924	1925		Mineros Empleados Obreros Trab
Dinamarca	1927					Los económicamente débiles Régimen de libertad
Francia	1885	1894-1928	1928	1930	1928	Marinos Mineros Obreros Asalariados General
Gran Bretaña	1911	1923	1911			Asalariados (incluidos Asalariado
Grecia	1922	1926	1920			Marineros, obreros y empleados P
Holanda	1913		1913	1931		Asalariados Asalariados y profesi
Hungría	1921	1928	1891			Mineros Asalariados de la industri
Irlanda	1911		1911			Asalariados
Italia	1919		1886			Asalariados Régimen de libertad
Luxemburgo	1911		1901			Obreros de la industria y el comer
Noruega			1909			Asalariados y emplea
Polonia	1917		1920			Trabajadores, Todos los trabajador
Portugal	1919					Todos los trabajador
Rumania	1922		1912			Asalariados Obreros y trabajador
URSS	1922-1927	1929	1932			Asalariados del textil y transporte.
Suiza	1916 (Cantón de Glasis)		1911	1925		Cantón y de Appenzell 1921 (C
Suecia	1913		1910			Todos los domiciliados Régimen de libertad
Yugoslavia	1922		1922			Asalariados Trabajadores manua

Fuente: Samaniego Boneu (2010).

ANTECEDENTES EN ESPAÑA

La aversión al riesgo y la certeza de que todos vamos a enfermar son denominadores comunes a los seres humanos. Además, cuando se aborda el seguro de enfermedad, las cuestiones clásicas en torno a las que se genera el debate son:

El seguro de enfermedad es una conquista obrera, pero no se produce en el núcleo del terreno de conflicto, esto es, salarios u horarios de trabajo, sino en una línea fronteriza que supone, por un lado, la protección del obrero frente a la pobreza que causa la enfermedad, pero sin dejar de ser trabajador y, por otro, una mejora en los costes y productividades de los empresarios, que gozarán de mejor capital humano.

En muchos países, el seguro de enfermedad se había presentado como vertebrador de todos los seguros sociales; el caso español es atípico en ese sentido porque la política social no ha ido de la mano de las necesidades de los trabajadores y, en cierto modo, de la patronal (Cuesta Bustillo, 1988: 628).

No obstante, la implantación del seguro de enfermedad fue una constante en el debate de la cuestión social durante el primer tercio del siglo XX. Con la Ley de Accidentes de Trabajo se cubrían algunas enfermedades del trabajador, y el seguro de maternidad conllevaba, como es natural, determinada asistencia sanitaria. El 8 de abril de 1932 España ratifica los convenios 24 y 25 de la OIT de 1927 relativos al seguro de enfermedad de los trabajadores de la industria, del comercio y del servicio doméstico, y el relativo al seguro de enfermedad de los trabajadores agrícolas y la Ley de Enfermedades Profesionales de la II República. Sin embargo, hasta 1942 no se aprueba un seguro de enfermedad como tal. La demora

en la aprobación de un seguro que diese cobertura a la enfermedad común está relacionada con varios factores:

La dictadura de Primo de Rivera había supuesto el estancamiento real de los tímidos avances reformistas del periodo anterior. El régimen autoritario tenía un tinte decimonónico más que de los nuevos aires del siglo XX. Llegó al poder con un clásico golpe de Estado, no en un proceso electoral de masas, y no tuvo corte fascista, ni tampoco buscaba un nuevo modelo de sociedad, sencillamente era un intento de control político. La administración del cambio social por medios no democráticos generó un sistema de partidos limitado que, si bien acabó con la Restauración, fue incapaz de servir en favor de la modernización, evitar crisis económicas, quiebras bancarias, retrasó aun más la industrialización y, además, fue origen de monopolios y privilegios. Pese a que el régimen fue confesional y de pensamiento social-católico, no logró absolutamente ninguno de sus propósitos: ni fue capaz de plantear una alternativa distinta al liberalismo y al socialismo, el corporativismo autoritario, ni aportó a la homologación española con Europa en lo referente a la cuestión social. Con el Real Decreto de 2 de junio de 1924, relativo a la fundición e inserción del IRS en el Ministerio de Trabajo, convirtió el Instituto en una mera delegación del Ministerio.

Curiosamente, las clases dominantes consiguieron con la dictadura lo que no habían logrado con los Gobiernos conservadores, el abandono en materia social y el debilitamiento de las estructuras forjadas desde la Restauración.

No está claro si la supervivencia del INP se debió a Maluquer y su esfuerzo por convencer a las clases dirigentes de las bonazas de la previsión social como instrumento de pacificación social o a los esfuerzos de José Marvá y Mayer, presidente del INP entre 1913 y 1934 (Cuesta Bustillo, 1988: 96-97). La estrategia del INP fue lograr la inscripción de los obreros en el retiro obrero para impedir su disolución, objetivo que logró gracias al apoyo decidido del PSOE que, de la mano de Manuel Vigil, protagonizó auténticas campañas de propaganda a favor en 1925[8]. Las reformas en esta etapa se circunscriben a la reforma del seguro de maternidad y el desarrollo

del retiro obrero, y entre sus mayores fracasos se cuentan la inactividad del INP y la desaparición de las Casas de Socorro debido al incremento de los costes médicos, a las leyes contrarias de la dictadura y al desarrollo de sistemas de previsión propios en las grandes empresas.

La segunda causa del retraso de la puesta en marcha del seguro de enfermedad en España fueron las dificultades económicas y políticas del Gobierno republicano en su empeño por sacar adelante un proyecto de seguros sociales unificados.

Finalmente, no se produjo el debate y aprobación del proyecto de ley debido al estallido de la Guerra Civil.

El seguro de enfermedad se mantiene desde la Conferencia de 1922 más como una aspiración que como un objetivo. De esta manera, queda tapado por la urgencia económica y las estructuras sociales y políticas decimonónicas hasta que, en 1926 la OIT pide informe al Gobierno español, que vuelve a incluirlo en su proyecto.

La realidad en el país cuando termina la dictadura y se inicia el periodo republicano es la de una beneficencia descuidada, inexistencia de una red sanitaria asistencial y una ausencia casi total de estudios al respecto.

CAPÍTULO 3

LA II REPÚBLICA

La República se debate entre la herencia recibida y la concreción de sus objetivos máximos. El artículo 46 de la Constitución de 1931 establecía que “la república asegurará a todo trabajador las condiciones necesarias para una existencia digna. Su legislación social regulará: los casos de seguro de enfermedad, accidente, paro forzoso, vejez, invalidez y muerte...”. Este artículo de la Constitución fue el soporte de algunas reformas legislativas. En 1931 se creó la Caja Nacional contra el Paro Forzoso, a través del cual el Estado subvencionaba a las empresas que estableciesen seguros de desempleo. El Seguro de Accidentes (1932) permitía a los empresarios asegurar el riesgo en empresas de seguros, mutualidades patronales o en la Caja Nacional de Accidentes de Trabajo.

Se creó la Inspección de Seguros Sociales (1935) y la cobertura explícita de las enfermedades (1936), que con anterioridad se realizaba mediante una interpretación extensiva del Tribunal Supremo. Incluso en plena Guerra Civil, en 1937, se creó el Subsidio Familiar, que protegía a los trabajadores asalariados sin límite de ingresos.

Las dificultades económicas del periodo republicano dibujaban inalcanzable un modelo de aseguramiento que diese cobertura prestaciones como lo hizo años después el modelo de sir William Beveridge. Sin embargo, desde las instituciones republicanas se miraba con recelo el paradigma bismarckiano, que se caracterizaba por un conjunto de coberturas aisladas de diferentes riesgos. La búsqueda de unos Seguros Sociales unificados constituyó la idea central de la acción política en la II República.

En lo que se refiere al INP, no se modificó ni su personalidad jurídica, ni el carácter de previsión social.

En cambio, se emprendieron nuevos objetivos y tareas, como la implantación del seguro de maternidad y de la Caja Nacional contra el Paro, y se garantizó el seguro de accidentes de trabajo.

La II República acentuó el carácter técnico del Instituto, pero prácticamente no realizó cambios en él.

En 1932, el ministro de Trabajo y Previsión, Francisco Largo Caballero, firmaba una orden ministerial encargando al INP la elaboración de un proyecto de seguro de enfermedad, otro de invalidez y muerte y el estudio de unificación de los seguros sociales de invalidez, vejez, maternidad, enfermedad y muerte y su coordinación con los seguros de accidentes, como puede observarse en la figura 1.

La legislación social durante el periodo republicano fue prolífica, y durante el bienio republicano-socialista se ratificaron todos los convenios internacionales anteriores. Sin embargo, los presupuestos no reflejaban avances en materia social y la beneficiencia siguió ocupando un papel importante en la protección.

En cuanto al modelo deseado, el Gobierno republicano encargó un prototipo de lo que sería en 1945 el modelo Beveridge. En realidad, fue la primera vez que el Gobierno español tomaba la decisión de implantar un seguro obligatorio de enfermedad.

En el proyecto se recogían las propuestas de la Conferencia de 1922, en especial la unificación de los Seguros Sociales. Fue debatido en las Cortes en la primavera de 1936, pero en el momento del trámite parlamentario de aprobación se produce el golpe militar frustrado (Gómez Franco, 2015).

FIGURA 1

ORDEN DE ENCARGO DE UN PROYECTO DE SEGURO DE ENFERMEDAD

DEL MINISTRO FRANCISCO LARGO CABALLERO AL INP

ORDEN DEL MINISTERIO DE TRABAJO Y PREVISION

ORDEN del Ministerio de Trabajo y Previsión, fecha 10 de mayo de 1932 (Gaceta del 10), encargando al Instituto Nacional de Previsión un proyecto de Seguro de Enfermedad, otro de Seguro de Invalidez y Muerte y el estudio necesario para la unificación de los Seguros Sociales de Invalidez, Vejez, Maternidad, Enfermedad y Muerte y su coordinación con los Seguros de Accidentes del Trabajo.

Excmo. Sr.: El artículo 46, (artº. 46. El trabajo, en sus diversas formas, es una obligación social, y gozará de la protección de las leyes.

La República asegurará a todo trabajador las condiciones necesarias de una existencia digna. Su legislación social regulará: los casos de seguro de enfermedad, accidente, paro forzoso, vejez, invalidez y muerte; el trabajo de las mujeres y de los jóvenes y especialmente la protección a la maternidad; la jornada de trabajo y el salario mínimo y familiar; las vacaciones anuales remuneradas; las condiciones del obrero español en el extranjero; las instituciones de cooperación; la relación económicojurídica de los factores que integran la producción; la participación de los obreros en la dirección, la administración y los beneficios de las empresas, y todo cuanto afecte a la defensa de los trabajadores), de la Constitución de la República Española dispone que la legislación protectora del trabajo comprenda los Seguros de Enfermedad, Accidentes, Paro forzoso, Vejez, Invalidez y Muerte. Y la misma Constitución refleja, principalmente en el artículo 65, (artº. 65. Todos los Convenios internacionales ratificados por España e inscritos en la Sociedad de las Naciones y que tengan carácter de ley internacional, se considerarán por parte consultiva de la legislación española, que habrá de acomodarse a lo que en aquéllos se disponga.

Una vez ratificado un Convenio internacional que afecte a la ordenación jurídica del Estado, el Gobierno presentará, en plazo breve, al Congreso de los Diputados, los proyectos de ley necesarios para la ejecución de sus preceptos.

No podrá dictarse ley alguna en contradicción con dichos Convenios, si no hubieran sido previamente denunciados conforme al procedimiento en ellos establecido.

La iniciativa de la denuncia habrá de ser sancionada por las Cortes), una muy seria preocupación por que los Convenios internacionales referentes a la organización del trabajo o a la vida de los trabajadores, discutidos y aprobados en las Conferencias internacionales del Trabajo, con la intervención de las representaciones del Gobierno español y de las clases patronal y obrera de España, no sean letra muerta ni se difiera indefinidamente su ratificación.

Siguiendo el espíritu de la primera disposición, y en cumplimiento de la segunda, con fecha 25 del pasado mes de marzo presentó el Ministerio que suscribe dos proyectos de ley proponiendo, en el uno, ratificar el Convenio sobre Seguro de Enfermedad de los trabajadores de la Industria y del Comercio y de los sirvientes domésticos, y en el otro, el Convenio de Seguro de Enfermedad de los trabajadores agrícolas.

Ambos proyectos de ley fueron aprobados por las Cortes en sesión de 5 de abril último y firmados para su promulgación por el Presidente de la República con fecha 8 del mismo mes y año, y tal circunstancia impone a este Ministerio la obligación de velar por su cumplimiento.

Fuente: INP.

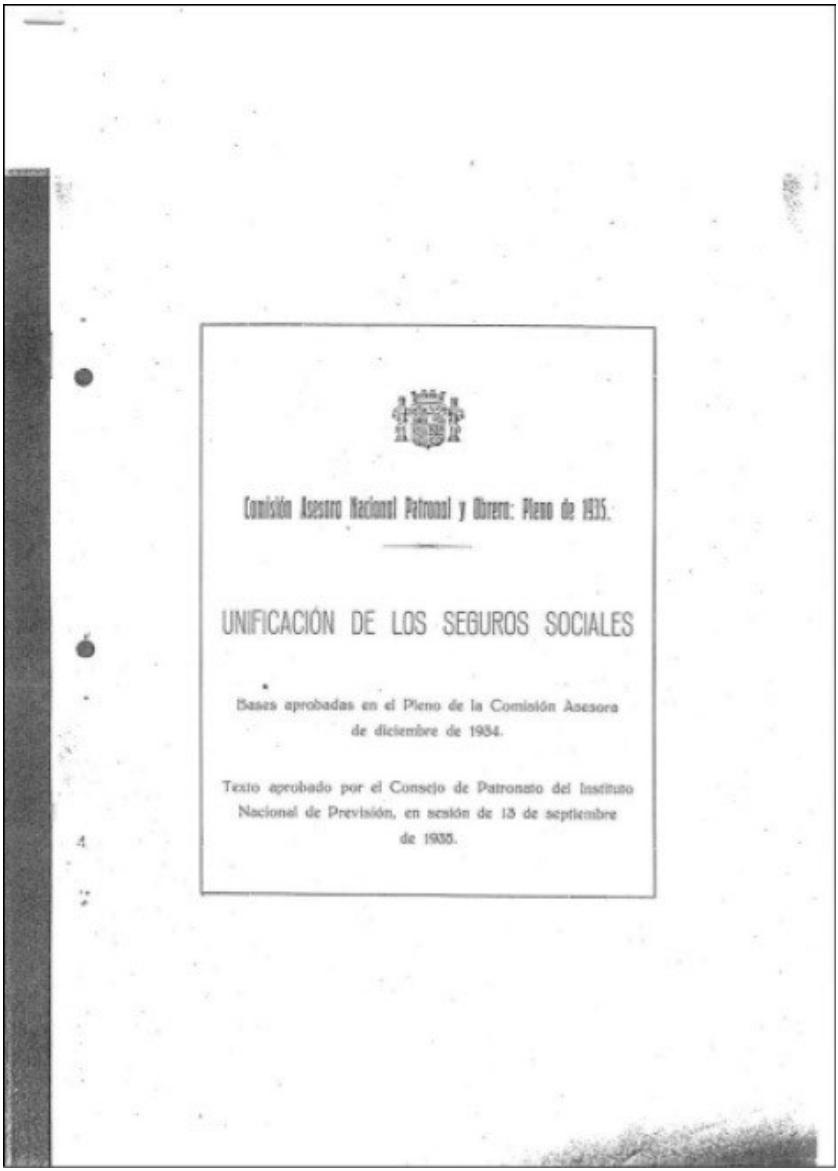
El proyecto unificador que muestra la figura 2 suponía mejorar la pensión de vejez y aumentar el número de obreros beneficiados, dado que se sustituía el Retiro Obrero Obligatorio por el seguro de

vejez; en el caso del seguro de invalidez, el triple seguro la cubriría con un tercio del salario habitual de un trabajador sano en un trabajo análogo.

FIGURA 2

PROYECTO DE UNIFICACIÓN DE SEGUROS SOCIALES APROBADO

POR EL PATRONATO DEL INP



Comisión Asesora Nacional Patronal y Obrera: Pleno de 1935.

UNIFICACIÓN DE LOS SEGUROS SOCIALES

Bases aprobadas en el Pleno de la Comisión Asesora de diciembre de 1934.

Texto aprobado por el Consejo de Patronato del Instituto Nacional de Previsión, en sesión de 13 de septiembre de 1935.

Fuente: INP.

El seguro de muerte abarcaría tanto los gastos funerarios como una pensión de supervivencia a los derechohabientes. La mayor novedad

la suponía el seguro de enfermedad, que aseguraba tanto los gastos de asistencia sanitaria del trabajador como el problema económico que suponía la baja por enfermedad. Por último, el seguro de maternidad abarcaba el ya existente y lo perfeccionaba.

El 28 de mayo de 1936 vio la luz la orden emanada del Ministerio de Trabajo, Sanidad y Previsión en la que, a propuesta del Consejo Mixto de Previsión Social, se disponía a abrir un periodo de información pública de 20 días para presentar las alegaciones correspondientes. Los médicos pidieron un aumento del plazo; sin embargo, la ley se aprobó el 2 de junio. El proyecto recogía en 11 artículos seguidos de cinco disposiciones transitorias el resultado de numerosas horas de trabajo y discusión y el espíritu de la Conferencia de Barcelona.

La ley preveía, también, una única entidad aseguradora, una cuota global y una sola afiliación. Las prestaciones que se incluían en el articulado serían de dos tipos, económicas y/o sanitarias. Como entidades aseguradoras, en primer lugar figuraban el Instituto Nacional de Previsión y sus Cajas colaboradoras (Samaniego Boneu, 2010).

En materia de protección social, la República sufrió la herencia de la dictadura, que se resumía en falta de recursos y una estructura productiva incapaz de generarlos y la ruptura en la labor de construcción institucional y económica del aseguramiento cuando los rebeldes se alzaron.

LAS CONFERENCIAS DEL ATENEO DE 1934 Y EL SOE

En 1933 los radicales y la CEDA llegan al poder y el ministro Estadella, médico del Partido Radical, adscribe mediante el Decreto de 25 de diciembre de 1933 la subsecretaria de Sanidad y Beneficencia al Ministerio de Trabajo, Sanidad y Previsión. Los médicos y el INP no apoyaron la decisión ante la posible pérdida de poder que el cambio organizativo podía traer.

En este contexto, los primeros meses del año 1934 se centran en la discusión del cambio ministerial y del Seguro Obligatorio de Enfermedad (SOE).

El Ateneo de Madrid decidió abrir un curso de discusión sobre el seguro de enfermedad. En ese momento, el INP, en respuesta al encargo que le había realizado el ministro Francisco Largo Caballero, constituyó una ponencia nacional en la que apostaba por un modelo semejante al alemán, al que se oponía buena parte de los médicos, pero que contó con el respaldo del Gobierno republicano-socialista y, también, de gran parte del sector conservador. Dada la connivencia de algunos técnicos del INP y miembros destacados del Ateneo, es posible que las jornadas tuviesen como objetivo vencer la resistencia de los médicos al modelo planteado por el Instituto.

En las discusiones participaron la profesión médica a través de su organización colegial, católicos sociales, profesores universitarios, médicos socialistas y la UGT; en cambio, se negaron a participar otros sectores que defendían un modelo menos conservador, como médicos de la CNT o algunos socialistas. Las discrepancias de los médicos respecto al SOE respondían a dos cuestiones: por una parte, el miedo a la socialización de la medicina y que ello supusiese la funcionarización del colectivo médico, como había pasado en la Unión Soviética y, por otra, el hecho de que el PSOE defendiese especialmente el seguro les hacía pensar que era una imposición socialista (Porras Gallo, 1999). Entre los argumentos favorables que se dieron se encontraban:

La necesidad de cumplir con las obligaciones adquiridas en la firma de Convenios Internacionales.

La obligación recogida en el artículo 46 de la Constitución de 1931.

La proliferación en Europa del SOE.

El reconocimiento del SOE como un elemento de progreso social dado el carácter modernizador de la medicina preventiva.

La desaparición de la mortalidad elevada.

La parte más delicada de la negociación con la clase médica consistió en mostrar la capacidad para resolver los dos problemas que tenía la profesión: la de los médicos titulares y la del contingente médico.

La discrepancia, en cambio, se sustentaba en materia de libertad de elección de médico facultativo, secreto profesional, honorarios y forma de pago, libertad terapéutica y control del SOE. En definitiva, los médicos defendían un modelo similar al francés.

CAPÍTULO 4

LA DICTADURA. EL PERIODO DE AUTARQUÍA

Con el franquismo, España se aleja aun más de Europa. La Guerra Civil se cobró miles de vidas en el campo de batalla, los fusilamientos y el hambre hicieron que el país se encontrase roto socialmente y en penuria económica, pero fue el empecinamiento ideológico del franquismo y sus diferentes facciones las causantes de la lenta reconstrucción del país después de la Guerra Civil y de sus taras estructurales.

La destrucción causada por la guerra en España fue menor que los resultados de la II Guerra Mundial en el resto de Europa. En España, se destruyó el 10% del ganado bovino, mientras que en países como Grecia llegó al 50%. La reducción de producción eléctrica en Francia fue un 50% superior y la destrucción de viviendas, el doble. De otra parte, la reconstrucción se basó en políticas económicas absurdas que protegían los monopolios y subsidiaban a empresas poco eficientes, además de intentar no depender del resto del mundo, cuestión que solo tenía como consecuencia el aumento de la brecha económica con el resto de Europa, como puede observarse en la tabla 3.

TABLA 3

CRECIMIENTO ECONÓMICO EN LA EUROPA POSTBÉLICA

	Año en que recuperó el PIB	PIB en 1945 (1938 = 100)
Austria	1951	15,2
Bélgica	1948	6,0
Dinamarca	1946	13,5
Finlandia	1945	–
Francia	1949	19,0
Alemania	1951	13,5

Italia	1950	11,2
Holanda	1947	39,8
Noruega	1946	9,7

Fuente: Comín, Hernández y Llopis (eds.) (2010).

Sin embargo, España tardó 15 años en recuperar el nivel más alto de la preguerra, con unos crecimientos exiguos del PIB, como se observa en la tabla 4:

TABLA 4

CRECIMIENTO ECONÓMICO

Año	PIB	PIB per cápita
1929	100	100
1935	100	95
1940	86	78
1945	91	78
1950	98	80
1955	131	100

Fuente: Miranda. Disponible en: https://rua.ua.es/dspace/bitstream/10045

La dictadura fue larga y pasó por varios periodos. El primero, entre 1939 y 1948, se caracterizó por la reconstrucción, sin que el país pudiera salir de una estructura productiva propia de una economía agraria, en la cual la escasez de alimentos condujo al racionamiento. En 1939 se creó la Comisaría de Abastecimientos y Transportes, “abastos” en el habla popular de la época, que administró las cartillas de racionamiento.

Más que reconstrucción, lo que hubo durante aquel periodo fue estancamiento: la inversión languidecía, la producción de viviendas descendía y las relaciones económicas con el exterior se reducían al mínimo. Como ha escrito el profesor M. J. González (1979): “La guerra civil se cobraba su precio en penuria y desorganización”.

Durante los primeros años emigrar estaba sujeto a muchas restricciones, pero en los años cincuenta la emigración ya se había recuperado hacia algunos puntos como Francia (Gómez Franco y Leguina Herrán, 2019).

El viejo continente se concentró en poner fin a la II Guerra Mundial y, a partir de ese momento, inició la reconstrucción económica, política y social.

De esta manera, el estado de bienestar (welfare state) pudo nacer y consolidarse en el periodo postbélico, aunque ideológicamente había sido concebido con anterioridad. Hemos visto que fue en Europa donde se implantó con fortaleza, quizá como un cúmulo de factores: la idea ampliamente aceptada de que el Estado debe intervenir en la vida económica, la necesidad de dar una respuesta desde Occidente a los países de socialismo real para impedir que los partidos comunistas llegasen a los Gobiernos, sirviendo de modelo al resto del mundo, y el impulso decidido a reconocer y garantizar lo que terminó siendo la Declaración Universal de Derechos Humanos.

España, atrapada en la miseria después de la Guerra Civil y la autarquía en que se sumergió el régimen, definió el modelo del régimen en el modelo de bienestar con consecuencias hasta la actualidad.

Caruana de las Cagigas, Fernández Sánchez y Fernández Pascual (2016) señalan dos causas por las que la postguerra duró más en España que en el resto de Europa: la no neutralidad real de Franco respecto a Hitler y el aislamiento político que surgió cuando Naciones Unidas tachó al Gobierno español de fascista. Incomprensiblemente, la falta de comercio exterior se vio agravada por la decisión de imponer un sistema autárquico. Sin embargo, no es totalmente cierto que el aislamiento del régimen y la decisión de no seguir la senda de los modelos europeos de seguridad social no tuviesen su origen en la falta de contacto intelectual.

En el boletín de información del INP de diciembre de 1942, recién aprobado el Reglamento del Seguro de Enfermedad, se hace una exposición detallada sobre el seguro de accidentes de trabajo y enfermedades profesionales, en la que se hace un exhaustivo repaso tanto de la legislación en Gran Bretaña como de la consolidación y estructura en dicho país de los seguros sociales e incluso de las dificultades prácticas con las que se encontró.

Prueba de ello es la controvertida visita de sir William Beveridge a España en 1946, en pleno periodo de teórico aislamiento internacional a la dictadura. El INP mantenía un observatorio de los distintos sistemas europeos y realizaba jornadas técnicas de discusión. En una de ellas, de tres días de duración, la dirección del Instituto invitó a Beveridge (Álvarez Rosete, 2004). En la fotografía, Jordana de Pozas recibe al británico en Barajas.

FIGURA 3

BEVERIDGE RECIBIDO POR JORDANA DE POZAS

EN MADRID (1946)

Fuente: Álvarez Rosete (2004).

Las causas de no llevar a cabo un proyecto de unificación de Seguros Sociales, como se había intentado en el periodo republicano, fue una decisión que tomó el Gobierno, consciente de que la senda internacional exploraba otros caminos.

LA LEY DE 14 DE DICIEMBRE DE 1942

La política social se basaba en tres pilares: el Fuero del Trabajo (1938), el Fuero de los españoles (1945) y la Ley de Principios de Movimiento (1958), pero, en materia sanitaria, solo se traduce en la implementación de medidas asistenciales a partir de 1959, mientras que desde la Guerra Civil se impone un periodo de beneficencia del Estado.

La primera etapa franquista se corresponde con el mayor grado de ideologización de la dictadura, en la que, además, las distintas facciones (falangistas, tradicionalistas carlistas, cedistas, católicos sociales, monárquicos de acción católica e incluso republicanos conservadores) compiten por acaparar poder político.

La desagregación era aún mayor si se tenía en cuanta que dentro de cada grupo había subgrupos. De esta manera, en el seno de Falange convivían tres familias políticas enfrentadas: la liderada por Federico Manuel Hedilla Larrey, de mayor sensibilidad con las cuestiones sociales; la legitimista, liderada por Agustín Aznar, autoconsiderada heredera de los postulados joseantonianos; y la Falange de Aluvión, que aspiraba a convertirse en un partido conservador. Por esa razón, Franco ordenó a Serrano Suñer el Decreto de Unificación en 1937, creando un ideario aglutinador de todas las corrientes, pero sin otorgar la hegemonía ideológica. Además, aprovechó para definir el diseño del futuro Estado en un proceso de fascistización, como lo demuestran las Leyes de Unidad Sindical y de Bases de la Organización Sindical de 1940.

En la práctica, Franco reparte el poder: a los tradicionalistas, la cartera de Justicia; a los tecnócratas, Industria; Trabajo y Agricultura para los falangistas; y, para los católicos, Educación.

De esta suerte, José Antonio Girón de Velasco llega al Ministerio de Trabajo después de bastantes vicisitudes. Protegido por Muñoz Grandes, en 1939 es nombrado delegado nacional de ex-

combatientes, después de un enfrentamiento con Serrano Suñer a colofón del Gobierno de 1939, dominado por la CEDA para frustración de los falangistas (González Murillo, 1998: 16). Representaba el sector más puro ideológicamente de Falange, y ganó influencia en la medida que lo hacía el nazismo alemán llegando, incluso, a intentar influir en Franco junto a Arrese para participar en la II Guerra Mundial del lado de Hitler.

Girón es nombrado ministro de Trabajo en 1941, y en 1942 se aprueba la ley, en un periodo de tiempo muy breve para una ley importante. Las razones estriban en la necesidad de legitimación del régimen y en el intento de Falange de acaparar la política social del régimen por encima de los católicos sociales. Todo ello fue posible porque el INP tenía preparado el proyecto de seguro de enfermedad en el marco del proyecto de unificación de Seguros Sociales, de manera que la nueva ley estaba preparada en periodo republicano, pero desde la concepción de la unificación de los Seguros Sociales. En definitiva, el seguro de enfermedad nace sin conexión con los modelos que estaban siendo discutidos en Europa. Pero lo primero que había hecho Girón había sido "colonizar" con falangistas los puestos clave del INP. Hasta que fue nombrado ministro, el INP estaba formado por una mayoría de católicos-sociales que seguían una línea de pensamiento en materia de previsión que era compatible con la República.

La entrada masiva de Falange en el INP tuvo dos efectos: la crítica sistemática al periodo anterior, el desprestigio de funcionarios y la usurpación de leyes, por una parte, y, por otra, la politización, para mayor gloria de Girón (Mosquera Rodríguez, 2012).

Sin embargo, Falange no tenía técnicos de nivel alto en cualificación. Por esa razón, y por el hecho de que los técnicos habían accedido por oposición y Girón solo incorporó personas de designación política, no logró hacerse con el control real y efectivo del Instituto. Lo que sí consiguió el ministro fue establecer el SOE como uno de los grandes logros de la dictadura. Como resumen, Jordana de Pozas definió el SOE como "un seguro preparado con calma, ejecutado con prisa". De hecho, para Girón, Jordana de Pozas "tenía un meritísimo currículum que le había puesto al frente del INP y le gustaba llevar las cosas con tranquilidad, demasiada

para mi urgencia” (González Murillo, 1998: 703).

FIGURA 4

HOJA DIVULGATIVA DEL INP

Nº 630
Biblioteca-INSALUD
INP
00630
[4.N.P. 630] 368.42(46)

HOJAS DIVUL
DEL

SEGURO DE ENFERMEDAD

El Seguro de Enfermedad desde 1910 a 1944
Largos años estériles, ganados luego en poco tiempo
En 1944 se implantó el Seguro de Enfermedad en toda España

Comenzamos la publicación de estas "Hojas Divulgadoras del Seguro de Enfermedad" haciendo una sucinta historia de este Seguro en España. Su importancia social y su gran alcance a amplísimos sectores de la vida española hacen del Seguro de Enfermedad uno de los más importantes Seguros sociales. Anhelada su implantación desde hace mucho tiempo, ha llegado el momento de realizarla merced a la decisión de nuestro Caudillo y de su Ministro de Trabajo, el Excmo. Sr. Girón de Velasco, y al inquebrantable propósito que les anima de ir ampliando y perfeccionando en España los Seguros Sociales. Hombres de gran competencia y probado celo secundan al Jefe del Estado, y de una gran tarea conjunta y armónica por ellos realizada surge este innegable beneficio social.

El Seguro Obligatorio de Enfermedad beneficia a los productores españoles, a las clases trabajadoras y a las clases medias y beneficia igualmente a los médicos y sanitarios. El trabajador y su familia, la economía nacional y la política demográfica salen con ventaja de la implantación del Seguro. Si se logra reducir el riesgo de enfermedad y muerte y disminuir el número de jornadas de trabajo perdidas por causa de enfermedad, es evidente que con ello se favorece al hombre como persona y como elemento indispensable para la riqueza nacional, y, por tanto, a esta misma se favorece.

REGISTRADO AL NUMERO 34547

Fuente: INP. Disponible en: http://bvingesa.mspsi.es/bvingesa/es/catalogo_imagenes/grupo.cmd?path=1001301&responsabilidad_civil=on

En resumen, no subyacía una idea definida de un modelo de

aseguramiento ni un esquema de la estructura que la asistencia sanitaria debería tener; el objetivo era desmantelar el peligro que suponía para el régimen el sector del proletariado más movilizado. Se buscó, por tanto, un doble objetivo: la legitimación interna para asentar el régimen y fortalecer la cuota de poder de Falange.

Sin embargo, el INP seguía siendo relevante dada su influencia en sectores intelectuales y académicos. Economistas como Valentín Andrés Álvarez, que había recibido la influencia universitaria de Luis Olariaga, liberal y católico, reflexionó sobre los Seguros Sociales en varios artículos. En 1948 señala:

[...] las relaciones de la sociedad ante los sufrimientos de sus individuos parecen desenvolverse en tres etapas típicas, que son, probablemente, consecuencia de una ley sociológica general. Como es lógico, la primera reacción es individual, y, por tanto, individual también el remedio. Es lo que podemos denominar la fase caritativa. Después se organizan los esfuerzos privados en Asociaciones de beneficencia, interviniendo a veces el Estado para su autorización o regulación, pero sin que aquellas pierdan su carácter privado y voluntario. En esta fase, la reacción es ya social, y social también el remedio. Finalmente, el Estado asume esta función con toda su autoridad y su poder, dando carácter público a lo que antes era privado. Es la etapa política [...] (Andrés Álvarez, 1991: 121-122).

Es decir, dentro del régimen empieza a haber voces que reconocen la necesidad de transformación de los mecanismos de solidaridad fundamentados en la voluntad privada en una obligación de los poderes públicos.

En España también se aprecia un retraso en esta posición respecto a otros países del entorno, que el propio Andrés Álvarez (1991) justifica de esta manera: “En España, por ejemplo, a causa de una inclinación natural de nuestro carácter, la fase caritativa duró más que en otras partes” (Andrés Álvarez, 1991: 122).

Características y contenido de la ley

La Ley de 14 de diciembre de 1942 creó el Seguro Obligatorio de Enfermedad (SOE) y, en cumplimiento de lo dispuesto en su disposición transitoria tercera, el Decreto de 11 de noviembre de 1943 aprobó el Reglamento de aplicación de la ley.

El seguro creado por la ley fue objeto de muchas reformas, pero se mantuvo en vigor hasta la promulgación de la Ley de Bases de la Seguridad Social.

El proyecto fue encargado en 1941, es decir, se aprobó en tan solo un año, lo que hace llegar a la conclusión de que el INP reutilizó el proyecto de ley republicano, teniendo en común algunas cuestiones relevantes como la duración y el tipo de prestación y la organización del servicio. La diferencia radicaba en el modelo conceptual que subyacía; frente a una clara alineación del modelo republicano con la unificación de seguros, el carácter disgregador que supuso la aprobación del SOE.

Ese hecho suponía una ruptura con la idea unificadora de personas relevantes. En palabras de González Posada: “Querer imprimir a los seguros sociales una estructura unificada es preocupación que siempre ha estado latente entre nosotros, y alguna ocasión hubo en que pudo convertirse en un hecho consumado. El momento actual vuelve a ofrecer muchas probabilidades para conseguirlo” (1943: 429).

Posteriormente, numerosas disposiciones complementarias desarrollaron ambas normas, que fueron agrupadas en la Orden Ministerial de 19 de febrero de 1946. El 13 de diciembre de 1946, mediante decreto, se ampliaron las prestaciones del seguro y se modificaron en parte sus reglas de cotización y gestión.

Ámbito subjetivo del seguro

El artículo 3 de la Ley del SOE explicita que el seguro dará cobertura a “todos los productores económicamente débiles”. Son, por tanto, dos requisitos los que determinaban la inclusión en la protección:

Ser productor. Tenían esta consideración todos los trabajadores mayores de 14 años de cualquier sector de actividad que realizasen una actividad bien por cuenta propia o bien por cuenta ajena. Se incluyen, por primera vez, los prestadores de servicios domésticos que, en esta época, estaban excluidos de la legislación laboral.

Ser “económicamente débil”. Se incluyeron en dicha categoría los perceptores de salarios inferiores a 9.000 pesetas anuales (Reglamento del Seguro de Enfermedad de 28 de noviembre de 1943)[9]. Los extranjeros se incluían bajo condición de reciprocidad o en función de lo establecido en Tratados o Convenios internacionales, quedando, en todo caso, bajo cobertura los súbditos hispanoamericanos, portugueses y ciudadanos de Andorra (art. 6 LSOE).

Quedaban excluidos los funcionarios públicos y los empleados de corporaciones cuando dispusiesen de beneficios superiores a los que proporcionaba este seguro (art. 9 LSOE).

El artículo 8 de la Ley del SOE incluía como beneficiarios a los familiares de los asegurados que convivieran con ellos y a los trabajadores que pasasen a percibir el subsidio de vejez e invalidez, ya que mantenían las prestaciones sanitarias durante un año, pudiendo mantener las prestaciones mediante el pago de la prima correspondiente.

La manera de formalizar el alta de afiliación variaba en función de si se trataba de un trabajador por cuenta ajena, por lo que correspondía al empresario, o si trabajaba por cuenta propia, en cuyo caso se formalizaba a través del organismo sindical

correspondiente (art. 7 LSOE).

Ámbito material. Prestaciones del SOE

Ya desde el capítulo I de la ley se definían con claridad los fines perseguidos. Se distinguían dos tipos de prestaciones: en metálico y en asistencia sanitaria.

1. Prestación económica. Los requisitos para obtener la prestación económica eran (art. 17 LSOE):

Llevar asegurado seis meses como mínimo.

Recibir asistencia sanitaria del seguro.

Padecer enfermedades de un mínimo de siete días y un máximo de 26 semanas.

Estar incapacitado para trabajar.

No haber provocado ni mantenido intencionadamente la enfermedad.

La indemnización consistía en el pago del 50% del salario, y el artículo 23 de la ley recogía la indemnización por sepelio. Por su parte, los artículos 24 y 25 determinaban que los derechos de los asegurados no podían ser objeto de retención, cesión, embargo ni impuesto de ningún tipo. El artículo 20 de la LSOE establecía la posibilidad de acumular prestaciones procedentes de distintas coberturas, siempre y cuando la suma no excediese del 90% del salario.

2. Prestaciones asistenciales. Consistían en asistencia médica y farmacéutica, hospitalización y maternidad. El SOE absorbería al

antiguo seguro de maternidad tanto en las prestaciones económicas como asistenciales (arts. 10, 12, 13 y 15 LSOE). Además, cuando había prescripción médica, se podían obtener algunas coberturas en materia ortopédica y protésica (art. 14). En la tabla 4 puede observarse la población que quedó protegida por el SOE.

TABLA 4

POBLACIÓN PROTEGIDA POR EL SOE

Año	Asegurados	Beneficiarios	% población cubierta po
1944	2.143.671	6.828.946	25,85
1945	2.521.866	7.313.504	27,41
1946	2.749.088	7.698.543	28,59
1947	3.034.106	8.320.504	30,63
1948	3.166.296	8.546.451	31,15
1949	3.131.501	8.379.853	30,25

Fuente: Anuario Estadístico de España.

Recursos del SOE

El capítulo sexto de la ley (arts. 33-38) regulaba el régimen económico del seguro de enfermedad. Los recursos provenían de tres vías: el Estado, los trabajadores y los empresarios. Como ingresos accesorios se enumeraron las donaciones, legados y la rentabilidad de los activos propios del seguro. Las aportaciones del Estado eran determinadas según población, a lo que se sumaban las exenciones tributarias de que gozaba el seguro y la cooperación con las instituciones de la Sanidad Pública.

Es decir, el sistema nace sin recursos públicos, sin una red de infraestructuras puesta a disposición por el Estado, ni concertada con privados y con cargo a aportaciones de patronal y trabajadores, es decir, sin aportación pública. El texto refundido de 1946 marca en el 5,013% de las rentas de trabajo percibidas.

La carencia de recursos suficientes produjo dos tipos de desigualdades: los municipios con más recursos médicos presentaron mejores tasas de mortalidad que los peor dotados, y la desigualdad manifiesta entre las zonas rurales, prácticamente abandonadas, y las urbanas.

Gestión, Inspección y jurisdicción

El artículo 26 de la LSOE declaraba el INP como entidad aseguradora única. En cuanto a la organización de los servicios médicos, corresponde al INP (art. 28), mientras que el artículo 27 encarga a la Obra Dieciocho de Julio la prestación de los servicios. Esto supuso una mayor descoordinación. El reparto de poder entre las diversas facciones del régimen hizo que el seguro se implantase junto a los subsidios familiares o instituciones como la obra social.

Por otra parte, la presión de las aseguradoras próximas al régimen

producía multiplicidad en la gestión, a la que contribuyó la determinación de Franco de reducir el poder del ministerio falangista.

En cuanto al colectivo médico, cada facultativo tendría a su cargo la asistencia de los beneficiarios que le asignase la autoridad sanitaria y se respetaba la libre elección en cada área sanitaria, pero una vez que el asegurado había elegido médico, solo podría cambiar la opción con autorización del seguro (art. 30).

La ley establece que la remuneración de los médicos se calculará mediante una cantidad fija por familia asignada (art. 31); la cantidad sería fijada por el Ministerio de Trabajo a propuesta del seguro (art. 124 del Reglamento del SE), y el número de familias no podía exceder de 500 para los médicos generales (art. 118 del Reglamento del SE). El sistema era piramidal, de manera que el método de la "iguala", al pagar según cartillas asignadas, tenía como consecuencia que el pediatra tenía tres cupos (porque atendía a los niños de menos de siete años de las familias asignadas a tres médicos generales), el cardiólogo seis cupos y el endocrino 45. A su vez, el conjunto de cupos se organizaba por áreas sectoriales organizadas a través de una estructura en cuyo vértice se situaban el director médico, la enfermera jefe y el inspector médico, tal y como recoge la tabla 5 (art. 122, texto refundido):

TABLA 5

ESPECIALIDADES MÉDICAS SEGÚN SU GRUPO DE PERTENENCIA

	Primer grupo	Segundo grupo	Tercer grupo
Familias adscritas	10.000	12.000	15.000
Especialidades médicas	Cirugía general	Radiología	Traumatología
Otorrinolaringología	Laboratorio	Neuropsiquiatría	
Oftalmología	Odontología	Urología	
Enfermedades del aparato respiratorio y torácico	Nutrición y Secreciones Internas		

Aparato digestivo	Ginecología
Dermatología	Pediatría (con puericultor de zona)
Pediatría (sin puericultor de zona)	

Fuente: Elaboración propia a partir del artículo 122, texto refundido.

El régimen de incompatibilidades de los facultativos solo prevé la imposibilidad de prestar asistencia en dos especialidades a la vez y tener más de una residencia. Se permite, por tanto, el ejercicio privado de la actividad médica al tiempo que se desempeña el servicio en el seguro público.

El controvertido papel de los médicos en el Seguro Social, que había sido objeto de tensos debates durante décadas, se saldaba así. Ahí radica la razón de que cuando, en 1979 y gobernando UCD, el PSOE y el PCE defendían la universalización y expansión del sistema público de previsión en forma de un modelo unificado, público y gratuito, contaran con la oposición de prácticamente todo el colectivo médico.

No obstante, la dictadura pudo imponer a todos los colectivos, profesionales, empresarios y mutualidades un seguro que no había contado con el consenso nunca anteriormente. La ley levantó así recelos. Por ejemplo, los médicos la vieron como una amenaza: “Las razones más hondas de esa oposición radiquen en que la institución haya atentado contra el propio sistema de valores del grupo profesional médico, contra su jerarquización de la autoridad, contra su sistema de selección y promoción, contra las normas y procedimientos de control establecidos, contra la misma esencia del mercado de servicios” (Serrano Guirado 1950: 274). Sin embargo, fue vendida como un éxito de la dictadura, e incluso en los discursos del dictador en navidades se hacia referencia obligada a los objetivos sanitarios y demográficos de alcanzar los 40 millones de habitantes para el imperio.

En cuanto a la inspección de los servicios, corrieron a cargo del INP (art. 44 de la LSOE y art. 161 del Reglamento). Entre las tareas de inspección se encontraban la comprobación de los partes de enfermedad y curación, inspeccionar las prestaciones sanitarias, coadyuvar con el médico para que el paciente cumpla las prescripciones, inspeccionar los conciertos con otras instituciones, colaborar para evitar el uso fraudulento y abusivo de los servicios, verificar la eficacia de los fármacos y, en definitiva, cualquier otra función que se le encomiende (art. 164 del Reglamento).

Por último, la jurisdicción correspondiente para los conflictos de reconocimiento de derechos en favor de causahabientes o beneficiarios del seguro de enfermedad, dictaba la ley fuesen resueltos por la Magistratura de Trabajo.

En cambio, las cuestiones técnico-facultativas y de causahabientes y beneficiarios, cuando tengan que ver con la efectividad de las prestaciones, serían resueltas por los órganos gestores del seguro y por la Dirección General de Previsión en recurso de alzada.

Consecuencias de la Ley de diciembre de 1942

El desarrollo legislativo posterior vino marcado por la esta ley. El Decreto de 22 de marzo de 1944 obligó a la colaboración a las entidades privadas con el Seguro, concertó con servicios médicos privados y se permitió la delegación de facultades propias de la Caja Nacional del Seguro en mutualidades e igualas médicas.

Con el decreto de mayo de 1946 del Ministerio de Trabajo se aprobaba el reglamento del régimen de montepíos y mutualidades. Se establecían cinco tipos de mutualidades:

Las que cubrían los gastos de sepelio o daban a la familia una pensión temporal o vitalicia.

La que daban prestaciones del seguro de enfermedad.

Las creadas en torno al seguro de maternidad.

Las que asumían riesgos de vejez, accidentes e invalidez.

Las que se hacían cargo de los daños en mobiliario o ajuar de los trabajadores.

El desarrollo de todo este sistema mutualista tuvo como objetivo compensar el escaso grado de desarrollo del aparato de previsión obligatorio.

Por su parte, la Ley de 25 de septiembre de 1944 intentó unificar los servicios existentes creando dos tipos de servicios: a) centrales, correspondientes a farmacia, servicios veterinarios, inspección y servicios generales del Consejo Nacional de Salud, y b) locales, usando la provincia como instrumento de contribución a la financiación de la nómina de los funcionarios sanitarios. Se intentaba adecuar un servicio escaso y poco coordinado a una realidad de crecimiento en el número de asegurados.

Se puede hablar de tres etapas en la implantación de servicios asistenciales sanitarios:

Una primera etapa que se inicia en septiembre de 1944, en la que se incluyen prestaciones como la medicina general, farmacia y prestaciones económicas por enfermedad.

En la segunda, desde el 1 de enero de 1947, se incorpora a la cartera de servicios cirugía general, hospitalización quirúrgica y oftalmología entre otras especialidades.

La tercera etapa se inicia en septiembre con la aplicación del decreto de 15 de julio de 1948. Acometió una nueva ordenación del seguro de enfermedad, se incluyen todas las especialidades, prestaciones y servicios, excepto la hospitalización médica. Pero sobre todo, el decreto fijó las normas para la integración de las prestaciones del seguro de maternidad (Gómez Franco, 2015).

El INP fue responsable de una nota diferencial del sistema sanitario español que ha tenido consecuencias hasta nuestros días:

[…] Este sería el segundo hecho excepcional, ya que en el modelo convencional de Seguro Social Sanitario de la Europa continental, el

ente asegurador público contrata servicios a proveedores públicos y privados, pero no desarrolló ninguna red propia (sólo en la Europa mediterránea se produjo esta variación, que también se dio en Iberoamérica). Esta característica diferencial posiblemente tuvo tres causas: a) la penuria de instalaciones y servicios sanitarios existente, ya que es difícil contratar lo que no existe, es precario, está obsoleto, o su capacidad está saturada; b) la rentabilidad política de construir una red hospitalaria y sanitaria, e ir inaugurando instalaciones y servicios, y c) el pecado original de comenzar atendiendo solo a "productores económicamente débiles" –obreros de bajos ingresos- a los que los médicos preferían no mezclar con sus pacientes 'privados', dando lugar a los consultorios y ambulatorios de la Seguridad Social.

Por lo tanto, el INP no sólo contrató o concertó servicios sanitarios públicos y privados, sino que creó una red de consultorios, ambulatorios, residencias sanitarias (hospitales generales) y ciudades sanitarias (grandes hospitales supra-provinciales). Además, se estableció un sistema específico de contratación semi-funcionarial ("personal estatutario"), para todos los empleados de estos servicios, distinguiendo personal sanitario y no sanitario. Los médicos de hospital, organizados en servicios jerarquizados, eran retribuidos por salario; los profesionales extra-hospitalarios (generalistas, practicantes y especialistas) por un sistema pseudo-capitatitivo (por cartilla de asegurado) (Repullo, 2012: 87).

En definitiva, una vez ganada la Guerra Civil, el régimen no contaba con un proyecto de país. Los vencedores habían sido más eficaces militarmente, pero no había un plan de reconstrucción estatal. Las decisiones estuvieron más determinadas por posiciones ideológicas y luchas internas entre las distintas familias políticas que por una gestión pautada.

Una vez analizados y revisados los antecedentes de la Ley del Seguro Obligatorio de Enfermedad de diciembre de 1942, podemos decir que el SOE no puede ser estudiado al margen del resto de Seguros Sociales. En España y en el resto de Europa la cuestión social fue dando como fruto la construcción de los diferentes sistemas de previsión social.

España sufrió un retraso considerable en la implantación de Seguros Sociales respecto al resto de países de nuestro entorno debido, fundamentalmente, a la falta de desarrollo del sistema de protección durante la dictadura del general Primo de Rivera, a la ruptura en el proceso legislativo que se produjo con la Guerra Civil y, posteriormente, a la decisión del franquismo y, del ministro Girón en concreto, de implantar un seguro sin recursos, impuesto por una dictadura pero, al mismo tiempo sometido a diferentes presiones. Un seguro que no se insertaba en un modelo de aseguramiento general, que convivió con la beneficencia y que no cumplió sus objetivos, más allá de contribuir a la propaganda del régimen. El proyecto de unificación de Seguros Sociales fraguado por el Gobierno republicano fue rechazado por el ministro Girón, lo que supuso un claro distanciamiento respecto a los modelos de desarrollo de la previsión europeos que solo se corrige, en parte, con la Ley de Bases de 1966.

Aunque se habían aprobado varios decretos en 1948 y en 1949 que tenían como objetivo unificar los Seguros Sociales, en realidad se trató de una tímida coordinación de seguros que contemplaba un paquete de medidas administrativas más tendente a favorecer el cumplimiento de las obligaciones empresariales que a un auténtico proceso unificador de los Seguros Sociales.

Después de más de veinte años caminando por senderos alejados del resto del continente, llegaron los intentos de modernización como consecuencia de un cambio de estrategia del régimen. Es precisamente la Ley de Bases de la Seguridad Social (LBSS) una de las iniciativas más importantes en este contexto de desarrollo del país.

El proceso de discusión de la LBSS estuvo marcado por la polémica, especialmente en lo que se refiere a la gestión, donde se pusieron de manifiesto los intereses de los distintos actores, pero también se había evidenciado el crecimiento constante de la cobertura en prestaciones y beneficiarios del seguro de enfermedad y la dificultad que suponía la fragmentación de los seguros sociales.

La razón de la decisión de aprobar una ley con un seguro tan distante de los sistemas europeos no radicaba en el aislamiento intelectual, como se podría pensar en principio. Desde el INP se

conocía, se estudiaba y se monitorizaba el resto de sistemas de seguros sociales. Las publicaciones del INP con análisis detallados de otros sistemas y la propia presencia de sir William Beveridge en las conferencias del INP de 1946, en las que aún se discutía sobre qué modelo tomar, así lo demuestran.

El colectivo médico había sido uno de los mayores obstáculos tanto en las Conferencias de 1917 y 1922 como en los debates del INP. En el periodo republicano se posicionaron rotundamente en contra de cualquier reforma que les quitase independencia o ingresos económicos. Con el franquismo su situación no mejoró; de hecho, las consecuencias sobre los profesionales sanitarios fueron la debilidad y la irrelevancia en términos de influencia en la toma de decisiones, como el resto de colectivos, además de la dependencia total del Estado.

Sin embargo, la ley crea un sistema al que terminan adaptándose los facultativos, que les permite la compatibilidad con el ejercicio privado y con el que se generan dos mercados sanitarios: el público, para los miembros más pobres de la sociedad, cercano y complementario a la beneficencia, y el de sus pacientes privados, con otros recursos económicos más elevados.

En la creación del SOE no subyacía una idea definida de un modelo de aseguramiento ni un esquema de la estructura que la asistencia sanitaria debería tener. Fue una operación de carácter político que no dejó madurar un sistema más homologable con Europa. Se utiliza el proyecto que había elaborado el INP para cumplir el encargo del ministro Largo Caballero, pero se desvirtúa porque ni se inserta en un proyecto de seguros unificados ni se extiende la cobertura a todas las personas inicialmente previstas y no se contempla cuál será la red asistencial.

Mientras en Europa se tiende a un modelo de seguro financiado en gran medida por el Estado, universal e integrado, en España, basándose en antiguos estudios e informes, se establece un sistema de cotización.

El SOE fracasó en sus objetivos iniciales. Se había diseñado con vocación de seguro unitario, que se plasma en la aseguradora única: el INP. Pero cuatro meses después desaparece cuando se otorga la

delegación en la gestión a las entidades colaboradoras, y tampoco cumple los objetivos de solidaridad y equidad. Las desigualdades entre trabajadores asalariados y autónomos, entre ciudades con equipamientos sanitarios y otras menos dotadas, y entre el campo y la ciudad, sin contar con el doble sistema privado y público-beneficencia, genera desequilibrios sociales que tardaran décadas en superarse.

La implantación del seguro de enfermedad, junto a los subsidios familiares o instituciones como la Obra Social del 18 de Julio, conlleva una mayor descoordinación. La otra cara de la moneda es la multiplicidad en la gestión, a la que se llega por la cesión a las presiones de los intereses de las aseguradoras y la determinación de Franco de reducir el poder del emergente Ministerio de Trabajo. No obstante, es innegable que es el primer Seguro Obligatorio de Enfermedad que existe en España y que situó la asistencia sanitaria en el centro de la acción social. El sistema sanitario actual es el resultado de la Ley General de Sanidad de 1986, pero algunos de sus rasgos tienen su origen en la gestión de la asistencia sanitaria por el franquismo, que, si bien tuvo varios periodos bien diferenciados, cada uno de ellos fue consecuencia de los anteriores.

El último lustro de los años cincuenta fue un periodo de movimientos de avance y retroceso en la construcción de un sistema de seguridad social, aunque poco a poco fue creciendo el porcentaje de población cubierta por el SOE.

TABLA 6

POBLACIÓN PROTEGIDA (1950-1966)

Año	Número de asegurados	Población protegida	% incremento	% población protegi
1950	3.064.600	8.180.000	38	29
1955	3.784.400	9.380.000	15	32
1960	5.090.000	13.292.000	42	43
1965	6.271.000	16.475.000	24	51

~~1966~~	6.598.000	17.248.000	5	53

Fuente: Freire Campos (2005).

CAPÍTULO 5

EL PLAN DE ESTABILIZACIÓN Y LA LEY DE BASES DE 1963

La tendencia europea de ampliar la cobertura de la población hasta llegar a universalizarla y la unicidad en la gestión tuvo su reflejo en intentos como el del ministro de Trabajo, Sanz-Orrio y Sanz, con el Decreto de 14 de junio de 1957, por el que se encomienda al INP la elaboración de un plan de seguros sociales.

Se llega incluso a crear una comisión redactora del futuro plan, pero en pleno trabajo de la comisión ve la luz el decreto que crea el Servicio Nacional de Seguridad Social Agraria, lo que supone un duro golpe a los planes de unificación. Ahonda en esta línea el Decreto de 1958, que hace referencia a los trabajadores del mar.

Hay que destacar la reivindicación de las clases medias por ser incluidas en el área de los seguros obligatorios, una demanda ya histórica que arrastraba desde la Conferencia de 1922 y que aún estaba sin resolver, dado que el seguro obligatorio se había orientado hacia los "productores económicamente débiles".

Como ejemplo, señala Andrés Álvarez (1991: 198) que "[...] un deber de conciencia social impone, pues, extender el área de los Seguros obligatorios a esa zona de rentas medias, para que sus cargas recaigan, en definitiva, sobre los únicos que deben y pueden soportarlas [...]".

Incumplido el mandato inicial, se constituyó de forma provisional una segunda comisión redactora del plan. Corría el año 1959 cuando el INP entrega al Ministerio de Trabajo el Plan Nacional de Seguridad Social. Tuvo la oposición de los representantes de los colegios de médicos, del Ministerio de la Gobernación y del representante del Colegio de Farmacéuticos. A esto se añade que la primera Comisión designada entrega también su propio plan, además de los encargos de la Organización Sindical Española a otra comisión. Finalmente, a través de la Orden Ministerial de 2 de marzo de 1959, el Gobierno designó nueva ponencia.

La planificación de la Seguridad Social se aborda en las jornadas

técnicas sociales de 1960, 1961 y 1962, que tuvieron algunas consecuencias normativas, como la incorporación de los trabajadores autónomos al mutualismo laboral, la generalización del Seguro de Enfermedades Profesionales a todas las enfermedades profesionales, la creación del Seguro Nacional de Desempleo en 1961, y la promulgación en 1962 de la Ley de Coordinación Hospitalaria.

El Decreto 56/1963 de 17 de enero, por el que se establece una tarifa de cotización para los seguros sociales obligatorios y mutualidades laborales, un régimen voluntario y complementario de Seguridad Social y se regula la contratación colectiva sobre estas materias, fija una tarifa para los seguros sociales obligatorios. Hasta este momento, no existe un sistema de seguridad social como tal, sino un conjunto asistemático de seguros sociales con regulaciones diversas y dispersas.

A partir de la delimitación de las deficiencias que presentaba el sistema, en 1962 se realiza una encuesta desde la Secretaria Nacional de Ordenación Social que intenta establecer líneas de reforma que diesen coherencia al sistema de Seguridad Social. Partiendo de esta encuesta y de un memorando del Ministerio de Trabajo, se elaboró el anteproyecto de Ley de Bases de la Seguridad Social (LBSS), que se presenta al Consejo de Ministros el 9 de agosto de 1963. En él se plantea la necesidad de realizar una reforma que debía subsanar defectos en cuatro ámbitos:

En primer lugar, defectos en la estructura. No había una consideración conjunta de las contingencias, lo que da lugar a prestaciones muy diversas o, en su caso, a diversos seguros de idéntica cobertura a las mismas personas.

En segundo lugar, defectos funcionales. Los sistemas de protección hasta este momento se consideraban insuficientes, porque no cubrían ni lejanamente a toda la población; dispersos, porque no protegían de forma suficiente a todas las personas en riesgo; y desiguales, en el sentido de que la existencia de una pluralidad de regímenes daba lugar a algunos regímenes “privilegiados” frente a los demás.

En tercer lugar, deficiencias financieras. Una multiplicidad de entidades gestoras tiene como consecuencia un exceso de costes de gestión.

Por último, defectos en materia de prestaciones. Se plantea la necesidad de igualar las prestaciones que deben permitir incorporar al trabajador enfermo a la vida laboral.

El contexto económico y social de España era sustancialmente diferente. Una serie de circunstancias económicas, políticas y sociales obligan a la dictadura franquista a una transición entre 1957 y 1962, desaparecen las características más autárquicas del régimen y se diseña una nueva imagen tanto hacia el interior como, sobre todo, hacia el exterior. La idea compartida por un sector importante de la población y de las élites del país fue la modernización de España mediante el desarrollo económico.

El abandono de los postulados más dogmáticos de política económica y el impulso liberalizador del plan de estabilización de 1959 dieron lugar a un periodo de bienestar material, que pareció mayor por la comparación con la década de los cincuenta, en la que la austeridad seguía definiendo la vida de las personas en los tiempos inmediatamente posteriores al fin de la Guerra Civil.

Los intentos de liberalización económica del régimen dieron sus primeros frutos: la industria española multiplicó su producto por 3,74, con una tasa de crecimiento del 11,1% entre 1960 y 1974, la composición del producto bruto se inclinaba en favor de la industria y de la construcción, que llegaban a alcanzar un peso del 40,8% del PIB. Todo esto fue posible a partir del Decreto-ley 10/1959 de 21 de julio, de ordenación económica, que en realidad supuso la superposición de un modelo keynesiano en un sistema político dictatorial.

El cambio de rumbo conduce a una etapa más tecnocrática, en la que se intenta transmitir la sensación de una mayor preocupación por la cuestión social; como hemos visto, es en ese ámbito donde se enmarca la iniciativa que llevó a la elaboración y aprobación de la LBSS de 1963. En estas circunstancias, la LBSS supone la adaptación

de los seguros sociales, dispersos y descoordinados con los nuevos tiempos. Sin embargo, la LBSS supuso algo más, constituyó un auténtico sistema. Nace entonces el concepto de seguridad social como un conjunto de elementos interrelacionados destinados a proporcionar seguridad a los miembros de la sociedad, cuya garantía es asumida por la propia sociedad.

Ley 193/1963, de 28 de diciembre, sobre Bases

de la Seguridad Social

Desde el punto de vista político, existe una diferencia importante en lo que se refiere a la génesis del SOE comparado con la LBSS, consistente en que el SOE surge rápidamente, como una decisión política de marcado carácter ideológico, en un momento de dureza totalitaria del régimen y se impone a todos los colectivos interesados. Sin embargo, la LBSS nace en un momento de cambio de estrategia de la dictadura, en un momento en que el discurso oficial abandona los vocablos del nacionalsindicalismo y los sustituye por el lenguaje tecnócrata, donde el término "desarrollo" está presente de manera constante en los discursos oficiales.

De hecho, la crisis de Gobierno de 1962, que dio lugar a la entrada de los tecnócratas en el Ejecutivo, con la llegada de Jesús Romero Gorría a la cartera de Trabajo entre 1962 y 1969, constituyó algo más que un cambio de titular para convertirse en un símbolo. De hecho, además de Romero, en el Gobierno entran entonces Fraga Iribarne, López Bravo y Lora Tamayo, junto con López Rodó como comisario del Plan de Desarrollo.

En ese mismo año se elabora el anteproyecto de la ley, así como un memorándum a modo de diagnóstico sobre la situación de la Seguridad Social. El Consejo de Ministros aprobó el 11 de octubre de 1963 el anteproyecto que se envía a las Cortes, y el 14 de diciembre de 1963 comenzó el debate.

Fue un proyecto de ley cuestionado: se presentaron 747 enmiendas, de las que nueve eran enmiendas a la totalidad. El debate además tuvo eco los medios de comunicación, cosa que, evidentemente, era una anormalidad del sistema. Las enmiendas giraron en torno a dos cuestiones: la ausencia de consulta a los interesados, lo que resulta en un mal cálculo de las consecuencias económicas, y la defensa de

la iniciativa privada en la gestión del seguro, es decir, la defensa de los espacios y los intereses económicos del sector empresarial. Finalmente, se aprueba la ley el 27 de diciembre de 1963, una ley que, pese a todo, tuvo mucha importancia por su incidencia sobre toda la legislación posterior, preservando las situaciones consolidadas.

Ante la imposibilidad de crear un sistema unificado que acabase con los problemas estructurales del pasado, el Ministerio de Trabajo optó por una posición reformista, negociando hasta donde pudo una reducción de los órganos gestores y un aumento del control sobre estos.

La ley marcó el tránsito hacia un sistema de Seguridad Social en algunos aspectos decisivos, como fue la publificación y la búsqueda de protección global e integrada. En realidad, el proceso de elaboración de la LBSS puso de manifiesto tanto las diferencias insalvables que existían acerca del modelo de seguridad social como la existencia de intereses encontrados.

Los principios que rigen la LBSS se expresan en su exposición de motivos y se resumen en una tendencia hacia la unidad, la consideración conjunta de los riesgos protegidos, la supresión del ánimo de lucro y modificaciones en la financiación en tres sentidos (mayor participación del Estado, variación en las cotizaciones y modificación del régimen financiero). Sin embargo, los objetivos solo fueron alcanzados en parte. La unidad del sistema no se ha conseguido ni siquiera en nuestros días. Por su parte, las contingencias no son tratadas de igual manera: existe un tratamiento más favorable a la enfermedad profesional y al accidente laboral que a la enfermedad común, y además, las prestaciones son diferentes en función del régimen al que esté adscrito el trabajador. Lo que supuso un fracaso importante, que tuvo consecuencias futuras, fue el mantenimiento de dos estructuras institucionales: la Seguridad Social y las mutualidades laborales.

Las características de la Ley de Bases fueron la tendencia a la universalización y la armonización de la protección, promulgando ocho grandes ejes (Quintero Lima, 2014):

1. La tendencia a la unidad. En la exposición de motivos I.3

se manifiesta en que no obstante la existencia de regímenes especiales junto al régimen general [...], responden todos ellos a una misma concepción y a principios homogéneos; pero, en especial, se traduce en la adopción de medidas encaminadas a poner término a la complejidad de que adolece nuestro actual sistema de Previsión Social, que se manifiesta en una incesante proliferación de disposiciones, causa y efecto, a la vez, de la diversidad de organismos y entidades cuyas actividades se entrecruzan e interfieren cuando no aparecen superpuestas en atención a un mismo sujeto y a idéntico estado de infortunio, con la inevitable duplicidad y consiguiente despilfarro de esfuerzos.

Ya hemos visto en qué punto queda en vía muerta este objetivo. Se estructuraría finalmente en regímenes generales para los trabajadores por cuenta ajena y regímenes especiales para ciertos colectivos, y otros colectivos quedarían excluidos.

2. La tradición mutualista apunta hacia la participación de los interesados en la gestión. En la exposición de motivos (I.4) se cita "la fecundidad de los ensayos mutualistas", un principio que tenía como camino de vuelta la colaboración que debían prestar las empresas en materia de accidentes, protección familiar y pago delegado de prestaciones a corto plazo.

3. La exigencia de la supresión del ánimo de lucro en los Seguros Sociales. Esto es, la subordinación de los intereses privados al interés general. Quizá fue la directriz que suscitó mayor polémica y se erigió como el argumento fundamental contra la LBSS. En la exposición de motivos (I.5) se configura como "prohibición terminante" y se argumenta el carácter social del espíritu de la ley que impide aceptar el carácter discriminatorio de la cobertura de

los siniestros.

Las compañías privadas, en un intento de no quedar excluidas de la gestión, se ofrecieron a gestionar el seguro de accidentes gratuitamente pero, finalmente, esta quedó atribuida al INP. La orientación de la ley se asienta sobre el concepto de la incompatibilidad del ánimo de lucro con los fines de la Seguridad Social.

4. Se produce un salto cualitativo superando el concepto de riesgo. Se avanza desde una concepción de los Seguros Sociales que atiende a los riesgos, a una nueva situación en la que se tienen en cuenta solo las situaciones de necesidad y no las causas que las generan. Conceptualmente se produce un fenómeno de interés: el sistema mantiene una fuerte vocación profesional, pero el riesgo profesional pierde el valor como paradigma en favor de un modelo más universalista.

5. Se estructura el sistema financiero y se constituye un sistema de reparto. Esta es una de las líneas fundamentales de la LBSS. En la exposición de motivos (I.7) el régimen financiero se “estructura mediante el sistema de reparto de los pagos anuales en amplios periodos de tiempo”; dicha cuestión es justificada en términos de planificación económica y contable empresarial.

6. Se asigna al Estado el papel redistribuidor de renta, y ha de hacerlo a través de los presupuestos (exposición, I.8). En este sentido, la base XVIII 78b dispone que se consigna el carácter permanente de las subvenciones presupuestarias estatales, sin perjuicio de las que se acuerden para atenciones especiales. Se refleja, pues, el carácter público de todo el sistema.

7. La protección de la discapacidad no solo es de sostenimiento

económico, sino también de recuperación e inserción. “La recuperación física o fisiológica del inválido cuando esta es posible, o en otro caso a su readaptación y reentrenamiento para una nueva profesión” (exposición I.9).

Sin embargo, la debilidad de los servicios sociales y la deficiente configuración jurídica son las causas de la práctica ausencia de resultados. Se producen nuevos intentos de potenciar estos aspectos en 1972 (en materia de rehabilitación) y con la Ley de 1974.

8. Por otra parte, en los sistemas más modernos de seguridad social se tiende a establecer una acción protectora diferenciada según la causa que da origen a la contingencia, pero el asegurado está protegido con un único seguro, independientemente de cuáles sean los riesgos o las causas que dan lugar a dicha situación.

Aunque con la LBSS aún no se llega a una situación como esta, sí se produce un avance tendencial en ese sentido; de esta manera, la exposición de motivos determina que el desarrollo de la ley aplique el “principio de conjunta consideración de las contingencias”, superando la “regresión nociva de riesgos singulares”, prestando más atención al infortunio padecido que a las causas que lo provocan.

En resumen, la LBSS se impone la obligación de “operar el tránsito de un conjunto de seguros sociales a un sistema de Seguridad Social” (exposición, I.1,2), aunque en realidad, de lo que trató es de reestructurar, ordenar y organizar lo que ya existía. Produce una clarificación de la gestión, asigna al Mutualismo Laboral, al INP y al Instituto Social de la Marina funciones de manera concreta. De esta manera, el INP adquiere las siguientes competencias:

Asistencia sanitaria por maternidad, enfermedad común y accidente no laboral.

Prestaciones económicas por incapacidad laboral transitoria e invalidez profesional por causas no profesionales.

Desempleo.

Prestaciones familiares.

Prestaciones de la asistencia social y colaboración en la ejecución de los programas de servicios sociales.

Gestión del servicio común, contribución de pensiones por incapacidad permanente y muerte como consecuencia de accidente laboral.

Por otra parte, las competencias adquiridas por las mutualidades son:

Asistencia sanitaria por causas profesionales.

Prestaciones económicas por incapacidad laboral e invalidez por causa profesional.

Invalidez permanente, muerte.

Prestaciones de vejez.

Prestaciones de asistencia social.

Con la entrada en vigor de la LBSS, se considera que se inicia un sistema moderno de seguridad social. Aunque se aprobó en 1963, entró en vigor el 1 de enero de 1967 y transformó el Seguro Obligatorio de Enfermedad en la Asistencia Sanitaria de la Seguridad Social (ASSS). Esta supuso un aumento en las prestaciones sanitarias, en el gasto sanitario, en la cobertura, en el número de médicos y profesionales dependientes del Estado y en la titularidad de infraestructuras hospitalarias. Especialmente las inversiones en nuevos grandes hospitales produjeron una mejora de la red, aunque concentrada geográficamente, cuestión que tuvo consecuencias en la planificación sanitaria y en el modelo de

sistema sanitario. La concentración de hospitales se produjo sobre todo en Madrid, y la traducción asistencial de este concepto del sistema sanitario fue primar la atención a pacientes agudos frente a pacientes crónicos. En definitiva, se potenció la atención especializada frente a la atención primaria; por tanto, se tendió a adoptar un modelo curativo frente a un modelo preventivo.

Este planteamiento de la segunda etapa de la dictadura ha tenido consecuencias también en la consolidación del sistema sanitario en la actualidad, las grandes infraestructuras hospitalarias fueron el centro del sistema, y el concepto de salud integral para las personas se ha encontrado condicionado en la situación de partida.

CAPÍTULO 6

LA EXPANSIÓN DE LA SEGURIDAD SOCIAL:

DESDE 1967 HASTA LA CONSTITUCIÓN DE 1978

Una vez aprobada la LBSS, el 28 de diciembre de 1963, no se produce desarrollo normativo alguno, con lo que su impacto en la protección social es absolutamente nulo. En realidad, se produjo un incumplimiento del plazo de dos años establecido para su articulación normativa. Esta circunstancia obligó a que el Decreto-ley 1/1966 de 12 de enero prorrogara desde el 31 de diciembre de 1965 dicho plazo hasta el 30 de abril de 1966. Finalmente, los Decretos 907/1966 y 909/1966, ambos de 21 de abril, aprobarán los textos articulados de la Ley de Seguridad Social (LSS) y de la Ley de Procedimiento Laboral (LPL).

El peso del Opus Dei en el Gobierno va creciendo paulatinamente. El 29 de octubre de 1969 las carteras que corresponden al Opus son Exteriores, cuyo titular será López Bravo; Vivienda, con Vicente Mortes; y el ya mencionado Plan de Desarrollo, con López Rodó.

Las pugnas de poder en el seno del régimen se saldaron en detrimento de los falangistas, cada vez menos influyentes y más enfrentados a los sectores emergentes del movimiento, y por la permisividad del dictador hacia la mayor influencia del Opus y de sus ministros.

De esta manera, se producen en los inicios de los sesenta los primeros contactos con las incipientes Comisiones Obreras, germen de la organización sindical CC OO, y fue mayor el grado de tolerancia del régimen hacia el movimiento obrero no alineado con la dictadura.

El periodo no estuvo exento de retrocesos, represión, encarcelamientos políticos y respuestas desmedidas por parte de la dictadura. Así, por ejemplo, la huelga minera de 1962 y sus coletazos en 1963 dieron lugar a una fuerte represión por parte del régimen, llegando incluso a detener y rapar el pelo a las mujeres de los mineros que habían participado en actos de protesta de apoyo a

sus maridos. Este hecho provocó la publicación de un manifiesto de condena firmado por intelectuales, algo absolutamente inédito en la dictadura.

En todo caso, el periodo de consolidación de Seguros Sociales y las mejoras sociales no tuvieron relación con la presión ejercida por el movimiento obrero, que era realmente débil en España.

LEY DE LA SEGURIDAD SOCIAL DE 1966

En 1966 se crea el Régimen Especial Agrario, que supone la incorporación de un sector muy importante de población a la Seguridad Social.

En ese mismo año, después de los obstáculos por los que atraviesa la ley, se aprueba el texto articulado de la Ley de Bases de la Seguridad Social, a través del Decreto 907/1966 y 909/1966, ambos de 21 de abril. Comienza su vigencia el 23 de abril de 1963, pero no comienza a tener efectos hasta el 1 de enero de 1967.

La LSS se estructura en dos títulos, “Normas Generales del Sistema de Seguridad Social” y “Normas Generales del Régimen General”. Con estos decretos se configuraba un Régimen General aplicable a los trabajadores por cuenta ajena de la industria y los servicios, y varios regímenes especiales. Se intenta dar coherencia y orden a esta nueva estructura, consolidándose la partición entre Régimen General y regímenes especiales. En efecto, la reglamentación del sistema hace distinguir entre un núcleo fundamental de Seguridad Social destinado a la protección de los trabajadores por cuenta ajena, y los regímenes especiales, que incorporan a personas excluidas del concepto de trabajador por cuenta ajena, tales como funcionarios o trabajadores autónomos. En el régimen especial las prestaciones de los trabajadores incluidos en él son diferentes de las previstas en el Régimen General.

Con posterioridad, se van creando nuevos regímenes o, en su caso, se van modificando otros existentes previamente. De esta manera, en 1970 se crea el régimen de artistas; en 1972, el de toreros; o en 1975, el de los escritores de libros.

Se modifican algunas regulaciones: el de trabajadores autónomos en la industria y los servicios, con el Decreto 2530/1970 de 20 de agosto y la Orden Ministerial de 24 de septiembre de 1970; y el régimen agrario, con el Decreto 2123/1971 de 23 de julio, que

aprueba el texto refundido de las Leyes 38/1966 de 31 de mayo y 41/1970 de 22 de diciembre.

Como parece lógico pensar, todas las transformaciones experimentadas en los distintos regímenes especiales van modificando su acción protectora. Los regímenes agrario, de autónomos, ferroviario, de minería del carbón y del mar vieron ampliadas las coberturas de protección sin ninguna elevación de la contribución económica, es decir, por razones exclusivamente políticas.

Algunos autores, como Mercader Uguina (2007), han apuntado discrepancias entre la Ley de Seguridad Social (LSS) y la LBSS. Las principales divergencias se han subrayado en el alejamiento de la LSS de la financiación presupuestaria, lo que desemboca en la pérdida del objetivo distributivo que se proponía la Ley de Bases. Por otra parte, el objetivo de publificación se diluía por la falta de nitidez en cuanto a la gestión pública del modelo. En tercer lugar, se señalan las diferentes bases de cotización según la causa de la contingencia y las diferentes condiciones para la percepción de las prestaciones.

Lo cierto es que a partir de la LBSS se abre todo un camino de regulación normativa. En primer, lugar los reglamentos generales, aprobados por decreto. Seguidamente, las normas de aplicación y desarrollo, aprobadas a través de órdenes ministeriales. En tercer lugar, los reglamentos independientes, desarrollando la LSS y, finalmente, los reglamentos delegados en materia de cotización.

En cuanto a la Asistencia Sanitaria de la Seguridad Social (ASSS), la línea general fue la continuidad con el modelo asistencial del SOE. En efecto, se apostó por la coordinación de los subsistemas asistenciales, manteniendo la separación entre ASSS, la Administración Central y Administración Local.

Se atienden algunas exigencias históricas de los facultativos, como la eliminación del petitorio, se introduce el criticado ticket moderador de la compra de medicamentos y se explicita el objetivo de la puesta en marcha de la hospitalización médica, cuestión clave para el perfeccionamiento de las prestaciones del SOE. Asimismo, se incrementaron las retribuciones de los profesionales sanitarios, se

mantuvo el sistema de cupos para facultativos y el pago de una cantidad fija por asegurado o beneficiario.

Es precisamente entre 1963 y 1967 cuando una comisión de 26 miembros redactó el I Plan de Desarrollo Sanitario (IPDS). La elaboración del plan adoleció de notables inconvenientes y dificultades, desde la ausencia de estadísticas fiables y completas hasta la dificultad para establecer un plan para un país deficitario en infraestructuras y en inversión sanitaria y con unas condiciones de salud de la población alarmantes para algunas enfermedades epidemiológicas.

Un año después se elabora el II Plan de Desarrollo Sanitario (IIPDS), con objetivos más ambiciosos que el anterior y con una LBSS ya en vigor. La propuesta se resume en la construcción de nuevas infraestructuras hospitalarias, así como medidas complementarias en lo que se refiere a gastos de sostenimiento a los hospitales y medidas financieras para incentivar la construcción privada. El sistema de Seguridad Social, cada vez con más cotizantes y con un nivel bajo en prestaciones, había acumulado grandes reservas que se utilizaron bien para cubrir déficits de algunos regímenes especiales, bien para atender otras necesidades del Estado, como por ejemplo la financiación de una parte de las necesidades del Instituto Nacional de Industria. En 1972 se mejoran las prestaciones por jubilación, desempleo e incapacidad laboral transitoria ajustando las cuotas a los salarios reales, según establece la Ley de Financiación y Perfeccionamiento del Régimen General de la Seguridad Social. El III Plan de Desarrollo Sanitario (IIIPDS) se elabora entre 1972 y 1975, apuntando hacia la reordenación y reforma de la sanidad. En todo caso, los tres planes que se elaboraron partieron de información deficiente y no realizaron una aportación significativa para la construcción de un moderno y sólido sistema sanitario.

La falta de información fiable y eficaz fue una constante hasta los ochenta, y una de sus consecuencias más importantes es la dificultad para elaborar una planificación adecuada. Pese a ello, durante un periodo elevado de años, se fueron tomando decisiones y se fue configurando una estructura institucional y material de recursos humanos y de infraestructuras. Muchas de las

características del sistema nacen en este periodo, desde los ambulatorios y la organización asistencial en torno a ellos hasta la cartilla sanitaria que ha pervivido hasta hace no mucho tiempo en el sistema.

LEY 24/1972 DE 21 DE JUNIO DE REFORMA

DEL RÉGIMEN GENERAL DE LA SEGURIDAD SOCIAL

El franquismo no impulsó una política de redistribución de rentas, a diferencia de los modelos europeos, que entendieron las políticas sociales como redistribuidoras de riqueza. Los seguros sociales siguieron siendo contributivos y su financiación fue soportada por los trabajadores. El crecimiento de los gastos de la Seguridad Social en relación al PIB fue acelerado, desordenado y sin estrategia. La LBSS de 1963, además de suponer una encrucijada de diversos intereses políticos y económicos de las distintas familias del régimen, desencadenó un importante desequilibrio financiero.

Las prestaciones fueron muy superiores a las cotizaciones, y el déficit se cubrió con cargo a las reservas del sistema que fueron esquilmándose. Entre 1963 y 1972, los beneficios del sistema para las personas incorporadas se otorgaron a través de tres vías: consumieron reservas anteriores de seguros profesionales, cotizaron menos de lo exigido por el sistema de reparto y percibieron cuantías superiores que lo correspondiente a su cotización.

Sin aportación pública, sin un sistema universal financiado con impuestos progresivos, con una amalgama de intereses de empresas mercantiles, mutualidades, desorden en la gestión, corruptelas, fraude y un interés político encaminado a ganar apoyos para el régimen, el sistema evidenció sus deficiencias en un periodo muy corto de tiempo.

En el I Congreso del Mutualismo Laboral, en 1971, se pusieron de manifiesto las deficiencias de la LSS en lo que se refiere a la regulación del modelo de cotización del mutualismo laboral y al régimen de pensiones porque, a juicio de las mutualidades, no tenían en cuenta las percepciones de los trabajadores (Decreto 56/1963 de 17 de enero).

A todo lo anterior se sumaba que a finales de 1973 se vislumbraba un periodo de crisis económica. Varios parámetros apuntaban a ella: caída del PIB en un 2,5%, crecimiento del paro hasta alcanzar cifras de entre 600.000 y un millón de parados, inflación, saldo negativo de la balanza comercial, etc.

En este sentido, la Ley 24/1972 y su desarrollo normativo a través del Decreto 1646/72 de 23 de junio intentan subsanar esta denuncia mediante la sustitución del sistema de bases tarifadas para el cálculo de las cotizaciones por el de bases reales, que intentaba ajustarse a la percepción retributiva real de los trabajadores. Desde 1973 se revisó la adquisición de productos farmacéuticos. En 1975 el Presupuesto de la Seguridad Social se convirtió en un anexo de los Presupuestos Generales del Estado y se establece el control de la Intervención General del Estado y del Tribunal de Cuentas. La revisión de las bases de cotización no se llega a realizar hasta 1979, con el Real Decreto 82/1979 de 18 de enero.

El segundo aspecto abordado por la ley es la revalorización de las pensiones y la mejora de las prestaciones económicas. El artículo 3 establecía que “la cuantía de las pensiones se determinará en función de la totalidad de las bases por las que haya efectuado la cotización durante los periodos que se señalen”, se suprimen los periodos de carencia exigidos en los accidentes no laborales (art. 14), se reduce el porcentaje de disminución física en la calificación de la incapacidad permanente parcial desde el 66% hasta el 33%, se declaran imprescriptibles algunas pensiones (art. 16) y se incorpora como objetivo la actualización de pensiones.

La idea que subyace a toda la reforma de 1972 no es un cambio radical de modelo o de paradigma; todo lo contrario, su objetivo es reforzar las líneas maestras diseñadas por la LBSS. Las consecuencias prácticas de esta ley fueron realmente escasas. La financiación de la Seguridad Social siguió recayendo en un 90% en los trabajadores, mientras que las transferencias del Estado fueron simbólicas. En 1972, las prestaciones en materia de pensiones tenían un porcentaje de gasto del 28%, prácticamente idéntico al de asistencia sanitaria, pero en 1976 el gasto en pensiones se dispara hasta el 35%, mientras que el de la asistencia sanitaria queda en un 31%; la prestación por desempleo se duplica y alcanza el 5,7%, y

las prestaciones que disminuyeron considerablemente fueron las de protección a la familia, que pasaron del 20% al 7%.

Por su parte, el Gobierno de la dictadura utilizó indebidamente los recursos de la Seguridad Social, afrontando gastos no incluidos en el carácter contributivo del sistema. Ya con anterioridad, había afrontado las inversiones en infraestructura hospitalaria con cargo a las reservas del sistema.

El siguiente hito normativo lo constituye el texto refundido de la Ley General de la Seguridad Social, Decreto 2665/1974 de 30 de mayo (LGSS). Refunde la LSS y la LRSS, aunque mantiene la estructura de esta última.

La crisis económica se había iniciado; el periodo de bonanza que surge con el plan de estabilización culmina y además el régimen entra en una crisis definitiva, con la muerte de Carrero Blanco y la enfermedad y muerte del dictador. Se inicia entonces la transición política con muchas dificultades políticas, sociales y económicas.

A partir de 1976 los niveles de crecimiento económico son muy reducidos, los beneficios empresariales caen y los salarios mantienen una tendencia creciente, lo que motiva una exigencia por parte de algunos sectores económicos de la aplicación de políticas de moderación salarial. Se elevó el paro y cayó el número de empleos de la economía. Por su parte, la inflación se mantuvo en niveles muy elevados, superiores en algunos periodos al 17%.

En lo que se refiere a la gestión del modelo, Freire Campos (2005) destaca las repercusiones de la LBSS en el sistema en cuatro ámbitos:

En primer lugar, la alta cobertura poblacional. Continúa incrementándose el porcentaje de población protegida, que llega hasta el 81,76% en el año en el que el pueblo español aprueba la Constitución que da fundamento a toda la legislación sanitaria posterior. Esta cuestión es relevante porque facilita enormemente la cuasi universalización posterior.

En segundo lugar, la incorporación de titulados superiores a la cobertura cualitativamente supone un primer paso para desestigmatizar el sistema, asimilado históricamente a los niveles de renta más bajos. Un sistema sanitario moderno es transversal en la cobertura a diferentes estratos de renta, y gana en legitimidad y en consolidación social.

En tercer término, mantiene la existencia de entidades colaboradoras que gestionan la asistencia sanitaria a los trabajadores, a cambio de reducciones en las cuotas a la Seguridad Social.

Por último, entre los colectivos que se encontraban sin cobertura sanitaria estaban los funcionarios: muchos de ellos carecían de asistencia sanitaria, otros acudían al aseguramiento privado o se cubrían sus riesgos a través de mutualidades. En 1975, se promulga la ley que encomienda la gestión del mutualismo administrativo a MUFACE (Mutualidad de los Funcionarios Civiles del Estado).

La primera aproximación consistió en encargar la prestación sanitaria a través del INP. Este consideró que el colectivo de funcionarios era demasiado numeroso y que provocaría desequilibrios en el resto del sistema si se incorporaba, de manera que finalmente se decidió que la asistencia sanitaria se concertase con entidades privadas. Con posterioridad, se permitió a los funcionarios elegir el proveedor de servicios sanitarios, bien privado o bien a través del INP.

MUFACE, MUGEJU (Mutualidad General Judicial) e ISFAS (Instituto Sanitario de las Fuerzas Armadas) se mantienen hasta la actualidad, de igual manera que las entidades colaboradoras.

A partir del Decreto 1558/77 de 4 de julio, se crea el Ministerio de Sanidad y Seguridad Social y se reorganizan diversos órganos de la Administración Central. Con esta reordenación se agrupan en un mismo epígrafe los centros dependientes de las anteriores Seguridad Social y Administración Central. En la tabla 7 se observa entre 1973 y 1978 una disminución en el número de centros (de 278, si sumamos Administración Central y Seguridad Social en 1973, hasta

261 en 1978). La Administración Local también ve disminuido su número de establecimientos (en 1973 eran titulares de 210, que se redujeron hasta 189 en 1978), correspondiendo mayoritariamente el cierre a infraestructuras sanitarias dependientes de los ayuntamientos, manteniéndose con pocas diferencias las correspondientes a las diputaciones (para las que la reducción es de 112 a 107, mientras que las dependientes de los ayuntamientos disminuyen de 98 a 82), siguiendo una evolución similar el número de establecimientos dependientes de otras instituciones de carácter privado, siendo la Iglesia católica la que experimenta un mayor recorte en términos porcentuales (13,92%).

No obstante, si observamos el número de unidades de hospitalización de la Administración Central y la Seguridad Social, estas han experimentado un incremento, igual que ocurre con las unidades correspondientes a la iniciativa privada. Este hecho muestra una tendencia hacia la racionalidad y la economía en el gasto (tabla 7).

TABLA 7

NÚMERO DE ESTABLECIMIENTOS SANITARIOS CON RÉGIMEN DE INTERNADO

SEGÚN LA ENTIDAD JURÍDICA DE QUIEN DEPENDEN

	1973	1974	1975	1976	1977	1978
Admón. Central	172	170	166	161	267	261
Sanidad y Seguridad Social	—	—	—	—	205	206
Seguridad Social	106	114	118	118	—	—
Admón. Local	210	207	207	197	197	189
Beneficencia particular	71	63	71	68	46	52
Iglesia católica	80	74	76	74	80	68
Cruz Roja	39	37	37	36	40	37
Particulares	604	591	577	570	542	556
Otros	4	5	5	5	19	4

Fuente: Estadística de Establecimientos Sanitarios en Régimen de Internado

TABLA 8

CAMAS POR CADA 1.000 HABITANTES

	1974	1975	1976	1977	1978
Hospitales Generales	2,5	2,68	2,56	2,91	3,07
Hospitales especiales*	2,74	2,72	2,64	2,59	2,43

(*) Hospitales especiales: quirúrgicos, maternidades, infantiles, psiquiátrico

TABLA 9

ENFERMOS INGRESADOS POR CADA 1.000 HABITANTES

	1974	1975	1976	1977	1978
Hospitales Generales	48,55	54,29	57,81	63,08	67,29
Hospitales especiales	28,51	26,53	27,55	26,03	23,12

Fuente: Estadística de Establecimientos Sanitarios en Régimen de Internado

Por tanto, extraemos como conclusión que aumenta considerablemente el número de pacientes ingresados en los hospitales generales. Aumenta, de igual manera, el número de unidades de hospitalización; sin embargo, disminuye el número de establecimientos. Tendencia contraria se observa en los hospitales especiales, que ven disminuir tanto el número de pacientes ingresados como el número de unidades de hospitalización, aunque en su caso también se produce la disminución de centros abiertos.

En el sistema asistencial se observan algunos déficits, por ejemplo, la asistencia en atención primaria se encontraba desbordada por la elevada ratio pacientes/médico y la escasa dotación de camas por cada mil habitantes (4,60), que convertían a la asistencia hospitalaria española en la peor equipada entre los países europeos (tabla 10).

TABLA 10

NÚMERO DE HABITANTES POR MÉDICO

Países	1960	1965	1970	1975
Alemania	704	690	614	518
Bélgica	746	699	645	568
Dinamarca	826	741	709	539
Francia	1.018	897	783	651
Italia	637	—	553	503
Países Bajos	902	862	805	627
Reino Unido	877	833	775	731
España	865	809	746	600

Fuente: Eurostat, Social Indicators 1960-1978. Tomado de FOESSA (1983:8

A pesar de que la oferta médica creció de manera relativamente lenta entre 1960 y 1970, sin embargo, sí se mantuvieron tasas de crecimiento mayores entre 1970 y 1982.

Por su parte, como se indica en la tabla 11, la cobertura creció un 47,20% respecto de la que había en 1967 (pasando de un 55,54% a un 81,76%).

TABLA 11

POBLACIÓN PROTEGIDA (1967-1978)

Año	Población protegida	% incremento	% población protegida
1967	18.200.000		55,54
1968	18.600.000	2,2	56,14
1969	19.393.000	4,26	57,91
1970	21.371.669	10,2	63,78
1971	23.952.000	12,07	70,01
1972	25.739.000	7,46	74,48
1973	28.019.781	8,86	80,27
1974	28.732.000	2,54	81,5
1975	28.989.823	0,9	81,41
1976	29.151.000	0,56	81,05
1977	29.355.000	0,7	80,8
1978	30.000.000	2,2	81,76

Fuente: Freire Campos (2005).

TABLA 12

FINANCIACIÓN DE LA SEGURIDAD SOCIAL, SEGÚN EL ORIGEN DE LOS INGRESOS EN MILLONES DE PESETAS CORRIENTES

Años	Gasto Total (incluida inversión)	Cotizaciones	Transferencias	Otros ingresos
1975	588.599	557.623	27.339	18.965
1976	780.265	721.114	31.491	18.687
1977	1.049.654	993.963	30.108	18.262
1978	1.414.582	1.289.472	101.165	21.969
1979	1.772.497	1.570.248	146.021	25.858
1980	2.067.139	1.738.030	289.276	20.384
1981	2.533.697	1.975.064	416.058	40.747

Fuente: Contabilidad Nacional de España, INE, 1975-1979; cuentas de las A

TABLA 13

FINANCIACIÓN DE LA SEGURIDAD SOCIAL

SEGÚN EL ORIGEN DE LOS INGRESOS EN PORCENTAJES

Años	Total	Cuotas	Transferencias	Otros ingresos
1975	100	92,33	4,53	3,14
1976	100	93,5	4,08	2,42
1977	100	95,36	2,89	1,75
1978	100	91,28	7,16	1,56
1979	100	90,13	8,38	1,48
1980	100	84,88	14,13	0,99
1981	100	81,22	17,11	1,67

Fuente: Contabilidad Nacional de España, INE, 1975-1979; cuentas de las A

UN BALANCE HASTA 1975

Los acontecimientos políticos, desde finales del siglo XIX hasta la actualidad, han sido fundamentales para entender la evolución del desarrollo de nuestro estado de bienestar y, por ende, de nuestro sistema sanitario.

En el último tercio del siglo XIX se crea la Comisión de Reforma Social, que da origen a una serie de instituciones que ocuparán el protagonismo de la Reforma Social en España.

La realidad española estaba marcada por una tardía industrialización y democratización, un incipiente movimiento obrero difícilmente movilizador y un sistema político bipartidista controlado por los caciques. Es decir, se configuraba un sistema ajeno a la democracia que impedía la presencia en la cámara legislativa de partidos políticos que representasen a las clases obreras. De esta manera, todos los pasos dados a resolver la tan traída "cuestión social" estaban impulsados por las posiciones ideológicas de las élites dominantes. Por otra parte, la potencia del pensamiento religioso, dejando a la beneficencia como único instrumento para dar solución al problema de la pobreza, anquilosaba el papel dinamizador del Estado.

Como resultado de todo esto, la nota característica de España durante el primer tercio del siglo XX es el escaso desarrollo de los seguros, tanto públicos como privados, así como el papel de las sociedades de socorros mutuos con pocos fondos y de reducida dimensión y, por tanto, con muchas dificultades para cubrir sus fines.

Pero no solo es importante saber cuáles son las causas que impulsan la Reforma Social; es fundamental entender cómo se hace la misma y cómo se construye toda la arquitectura jurídica e institucional para comprender nuestro actual estado de bienestar. Es evidente que, a medida que se va construyendo el edificio institucional, se

dificulta cada vez más cualquier cambio de orientación posterior. No es lo mismo iniciar el modelo asistencial sanitario en los años cuarenta con la cuarta parte de la población protegida, que hacerlo con el 80% de la misma. La diferencia estriba en las resistencias tendenciales a los cambios cuanto mayor es la población objeto de cobertura.

Por otra parte, el proceso de reforma social ha sido muy complejo, aunque ha tenido la ventaja de ser, por unas razones u otras, el denominador común de la mayoría de los programas de Gobierno.

La historia de la reforma social y el desarrollo de políticas sociales han estado marcados mayoritariamente por varias circunstancias:

En primer lugar, la toma de decisiones quedaba en manos de una minoría correspondiente a la élite política, de altos funcionarios y de grupos de influencia económica próximos al Gobierno, de manera que en ocasiones la línea divisoria entre ambos grupos resultaba muy difusa.

En segundo lugar, la conexión e información acerca de los modelos europeos ha sido escasa; en muchos momentos, el único nexo ha sido la motivación del INP. Este es un hecho relevante. En el mismo momento que la construcción del estado de bienestar europeo se desarrolla después de la II Guerra Mundial, en la España de la dictadura se producen desarrollos normativos que caminan en sentido contrario.

En tercer lugar, en España los escasos periodos de democracia han sido insuficientes para lograr la efectiva participación ciudadana y política en la toma de decisiones, además de restar legitimidad a los procesos de cambio. Otra consecuencia del déficit de procesos democráticos ha sido que los debates sobre el modelo de Seguros Sociales, donde combatían diversas y poderosas razones económicas y políticas, se han desarrollado fuera de la arena pública y democrática, sin los controles y la información mínimamente exigibles.

Por otra parte, las reticencias de los presuntos beneficiarios, en

ocasiones por la negativa a participar económicamente en la cotización, eran el resultado de un sistema fiscal desdibujado e insuficiente para abordar una estructura de seguridad social y una asistencia sanitaria razonable según las necesidades del país.

El franquismo cae como una losa en el momento más inoportuno para el desarrollo de los Seguros Sociales en España. En efecto, la dictadura retrasa el surgimiento de una Seguridad Social moderna, en tanto que en Europa ya se construían los sistemas inspirados en el modelo Beveridge. Una de las características de este periodo es el desorden y la falta de coordinación. Se produce la estatalización de algunos seguros gestionados por el INP, que desplaza a las empresas privadas. Al tiempo, se desarrollan con fuerza las mutualidades laborales, vinculadas al sindicato vertical y a Falange, resultando su funcionamiento al margen absoluto del INP. Incluso las propias mutualidades tenían un funcionamiento autónomo unas de otras. Tenían un espíritu más propagandista del movimiento y de Falange que vocación de construcción de un sistema de Seguros Sociales.

Se retrasa la ordenación de los Seguros Sociales respecto a la política económica, que en 1959 experimenta un viraje. Finalmente, la reforma se lleva a cabo en 1967, después de las luchas internas de las familias del régimen por el control de las importantes cantidades financieras que suponían los seguros.

La reforma adolece de deficiencias significativas, no era homologable a los países europeos. Su organización no era unitaria, tampoco su gestión, y no había prácticamente transferencias del Estado al sistema, que era sostenido mayoritariamente por los trabajadores.

Es decir, el modelo conceptual de la España predemocrática no contemplaba desde ningún punto de vista el carácter redistributivo del sistema de Seguros Sociales. Ocurría todo lo contrario, se utilizaban las reservas generadas por el sistema durante los años de emigración y de pleno empleo para financiar a tipo de interés barato la política económica del franquismo. De hecho, el INI, el Estado o la construcción se hicieron con cargo a las reservas del sistema sin atender a una racionalización o planificación lógica.

En ese momento, Europa había iniciado la ruta de un sistema general, universal, redistribuidor de renta desde la imposición progresiva. España emprende el camino opuesto, hacia un sistema bismarckiano reducido y limitado. Debido a esta desastrosa gestión, la reforma de 1963 (en la práctica, 1967) no tardó en descapitalizar el sistema, de manera que el régimen se vio obligado, en 1972, a intentar corregir las deficiencias. En definitiva, el franquismo deformó la Seguridad Social, creó vicios en la gestión difíciles de corregir en la democracia, tales como regímenes especiales, descoordinación, fraudes o una deficiente gestión económica.

En lo referente a nuestro actual sistema de salud, no es otra cosa que el resultado de la evolución de la Asistencia Sanitaria de la Seguridad Social (ASSS) durante un periodo de 60 años y de una dictadura que tomaba decisiones sin someterse a escrutinio público. Un sistema sanitario que es consecuencia también de una serie de iniciativas llevadas a cabo, que van desde la construcción de grandes infraestructuras hospitalarias concentradas geográficamente hasta el sistema de relación laboral con los facultativos.

El INP ha sido el vehículo que ha transportado el desarrollo de la sanidad pública en España. Hizo posible la colaboración entre instituciones e individuos poniendo los cimientos para la estructura de nuestro sistema de seguridad social.

La Seguridad Social experimentó una enorme transformación entre los años 1977 y 1984, en todos sus aspectos esenciales: organización, prestaciones, financiación y en su naturaleza, creándose una seguridad social universal, general y redistributiva. Esta concepción democrática de la seguridad social, junto con una reforma tributaria de gran calado en 1978, permite el nacimiento en España del estado de bienestar, si bien con un retraso de 40 años respecto a los países del entorno. En efecto, ha sido necesaria la llegada de la democracia, para establecer un sistema sanitario cuasi Servicio Nacional de Salud a través de dos grandes cimientos: la Constitución de 1978 y la Ley General de Sanidad de 1986.

En la Transición se produce no solo una ordenación del sistema, sino que también es destacable la expansión de la cobertura y la ampliación de las prestaciones. Se produce, por primera vez en España, una redistribución la de renta a partir de la construcción de

prestaciones sociales. España llegó tarde a la democracia y, por esa misma razón, llegó tarde al estado de bienestar. Las consecuencias de la dictadura no solo han redundado en el retraso en la industrialización, el comercio internacional, el funcionamiento democrático de las instituciones o el establecimiento del estado de bienestar. También deben medirse tales consecuencias en la manera en que han determinado las instituciones económicas, sociales y políticas una vez que acabó la dictadura. El modelo económico español padece la marca de los errores del franquismo, de una masa empresarial que surgió al calor del régimen, de un modelo intensivo en mano de obra y que a pesar de las distintas reconversiones, sigue siendo muy sensible a las crisis económicas en materia de empleo. El modelo de seguridad social viene marcado por las estructuras y la organización de la dictadura en cuestiones como las infraestructuras hospitalarias o la resistencia de algunos sectores económicos. En definitiva, el modelo actual es una transformación profunda del preexistente, pero parte de él.

Como resumen de todo lo visto, podríamos definir las características del sistema sanitario español como las siguientes:

La expansión progresiva, aunque lenta durante la dictadura, de la cobertura del sistema de Seguridad Social, con vocación universalista a partir de 1982.

La decisión de construir una red propia de provisión tanto de hospitales como de atención ambulatoria. Esto es un hecho único en la seguridad social europea.

La puesta en marcha del sistema de residencia (MIR). Este es un elemento clave en la calidad de la medicina española actual.

La reforma del INP con la creación del INSALUD y la racionalización del sistema por los pactos de la Moncloa.

La creación de la especialidad de Medicina Familiar y Comunitaria en 1978 y su formación en sistema MIR, que supone otro salto cualitativo en la calidad de la medicina española.

El proceso de descentralización que culmina en 2002 y marca sin duda una característica esencial del sistema.

La reforma de la atención extrahospitalaria de la Seguridad Social a partir de 1974.

El estado de bienestar ha venido de la mano de la democracia en todos los países europeos, y eso es especialmente evidente en España. Las necesidades económicas se han ido superando, así como la concepción minimalista de la acción de los poderes públicos.

España inició un periodo de convergencia con los países de su entorno a todos los niveles, también en materia se asistencia sanitaria, y fue capaz de incrementar notablemente su gasto social en un periodo breve de tiempo, marcado por una profunda crisis económica, con unas estructuras productivas poco desarrolladas y menos competitivas. La democracia articuló no solo un sistema de protección a la sociedad, sino que también se generó un gran pacto sobre cómo hacerlo sostenible, mejorando bruscamente el sistema de protección del franquismo tardío.

La reflexión a la que nos invita esta mirada retrospectiva es si realmente, como apuntan algunas voces, el sistema es insostenible por la extensión de la cobertura y la coyuntura económica de crisis o si es necesario un reforzamiento de las estructuras para afrontar los nuevos retos que la realidad está imponiendo, como son las pandemias.

CAPÍTULO 7

CONSOLIDACIÓN DEMOCRÁTICA

Como hemos visto, los problemas de duplicidad, coordinación y falta de delimitación competencial eran los rasgos característicos de la herencia de la dictadura. Solo empezarán a solucionarse a partir de la creación del Ministerio de Sanidad en 1977 y de la Administración Institucional de la Sanidad nacional (AISNA), que agrupó los centros asistenciales de la Sanidad Nacional, los centros de Beneficencia del Estado y el Instituto Nacional de Sanidad.

Por otra parte, la Ley de 1944 había encomendado a las diputaciones provinciales la creación de centros hospitalarios que, junto con otros dependientes de entidades sin ánimo de lucro, Cruz Roja y la Iglesia católica, fundamentalmente, sumados a los dependientes del INP, prestaban el 75% de la asistencia sanitaria representaba un mosaico difícil de gestionar.

Las circunstancias del país desde el punto de vista económico eran de crisis, crecimiento del desempleo y descontrol de la inflación. Desde el punto de vista político, inestabilidad y poca tradición democrática y de participación política y social. Por último, desde el punto de vista social, España era un país que miraba a Europa como una mezcla de ideal inalcanzable y de realidad a lograr.

En efecto, al finalizar 1982 la tasa de desempleo era del 16,4%, los precios estaban seis puntos por encima de la media europea, y la balanza por cuenta corriente se había cerrado con un déficit de más de 4.000 millones de dólares (2,3% del PIB). En este contexto, el sector público absorbe muchas actividades económicas, de manera que el peso del gasto público pasó de ser del 24% en 1975 al 37% en 1982. La prioridad consistía entonces en asentar la democracia y lograr la salida de la crisis mediante el crecimiento económico. En definitiva, el ideal de la sociedad española era la homologación con las democracias europeas.

En cuanto a la previsión social, había una coincidencia generalizada entre los principales agentes políticos y sociales sobre la urgencia y necesidad de reformar el sistema de Seguridad Social. Las sucesivas

reformas en los años inmediatos a la muerte del dictador suponían, en algunos casos, la continuidad en algunas líneas de organización del sistema y en otros casos, una reconstrucción sustancial del mismo. Se elaboraron documentos que contribuyeron a generar y a ordenar el debate: el Libro Blanco de la Sanidad (1977), el Libro Rojo (1980), el Libro Verde (1981) y el Libro Amarillo (1982).

Todos los grupos de interés hacen explícitas y defienden públicamente sus posiciones a través de mecanismos diferentes. En cuanto a los agentes sociales, la UGT evoluciona en sus planteamientos, pasando de posiciones maximalistas de defensa de una reforma radical del sistema al inicio de la transición, a mantener en 1982 posiciones reformistas del modelo vigente. Su apuesta era la universalización y la expansión de prestaciones y calidad. CC OO mantuvo un criterio claramente reformista de ampliación de servicios y beneficios a los trabajadores activos. Por su parte, la CEOE, principal organización de representación empresarial, desde una posición de cautela o sencillamente renuente a los cambios, defendió formalmente la elaboración de estudios previos a cualquier consideración de reforma. En lo que se refiere a los partidos políticos, el partido del Gobierno UCD mantenía programáticamente una ambigüedad de definición, con la defensa de principios generales y vagos como la mejora de la provisión de servicios, de la gestión y de la financiación. Quizá más concreta era su posición de acercamiento a los modelos europeos. En lo referente al sistema sanitario en concreto, el programa electoral, que llevó a la UCD a la victoria en las elecciones de 1979, incluía la obligación del Estado de garantizar el derecho a la salud. En segundo lugar, incluía un concepto de derecho a la salud que iba más allá del derecho a asistencia sanitaria, lo definía como un concepto integral al servicio de la persona. En tercer lugar, su apuesta por la libre elección de médico y, por último, la mejora de la gestión basada en la libre competencia. Después de su victoria electoral, encargó un proyecto de reforma que se vio plagado de dificultades:

De una parte, la convivencia de familias ideológicas muy diferentes en el seno del partido del Gobierno llevaba a posiciones enfrentadas en algunas cuestiones clave.

Por otro lado, y como consecuencia de lo anterior, la indefinición y la incapacidad para formular una propuesta concreta en cuanto a modelo de financiación y de gestión se refiere.

Finalmente, el intento de proyecto quedó reducido a una mera declaración de principios e intenciones, y así lo entendió la mayoría de la sociedad española.

Por su parte, el PSOE y el PCE defendían la universalización y expansión del sistema público de previsión, en materia sanitaria un modelo integrado de servicios, regionalizado y con participación social. En resumen, un modelo unificado, público y gratuito. La diferencia entre ambos partidos era de matices en cuanto a la intensidad de los postulados. Fueron tachados de idealistas, utópicos y vagos en lo que se refiere a la concreción de la propuesta. Por último, AP defendía un modelo continuista con la incorporación progresiva de las privatizaciones.

Desde el lado de los profesionales también se escucharon voces críticas con el sistema, más o menos compartidas por todo el colectivo médico. Las consecuencias del franquismo sobre los profesionales sanitarios fueron la debilidad y la irrelevancia de estos en términos de influencia en la toma de decisiones, además de la dependencia total del Estado. Se introdujeron en las facultades de medicina los numerus clausus como consecuencia de la reducción del porcentaje de los médicos contratados por la Seguridad Social, que pasó del 83,5% al 55% en 1982.

Todas las reformas que se realizaron redireccionaron la gestión del sistema. El Libro Blanco de la Seguridad Social analizó y criticó la multiplicidad de entidades gestoras que en 1977 se configuraba con: 78 entidades gestoras, 12 servicios comunes, 12 mutualidades y cajas de empresa, 185 mutuas patronales, 396 empresas en régimen de colaboración voluntaria o autoaseguramiento, además de otras gestoras de sectores laborales de regímenes especiales aún no regulados en ese momento. El proceso reformista que se inicia en 1977 es complejo, no exento de críticas y con un balance final que arroja luces y sombras.

El instrumento de ordenamiento jurídico utilizado fue el Real Decreto-ley 36/1978, de 16 de noviembre, sobre Gestión Institucional de la Seguridad Social, la Salud y el Empleo. Se trata de una reforma impulsada desde un Gobierno nacido de las urnas. Aborda la reforma de la Seguridad Social desde tres ópticas. En primer lugar, simplificación del número de entidades gestoras y racionalización de sus funciones; en segundo lugar, retorno al Estado de competencias como educación, empleo y servicios sociales, que habían sido asumidas por la Seguridad Social de manera indebida, y en tercer lugar, el principio de caja única en todo el sistema de la Seguridad Social.

La creación del Ministerio de Sanidad y Seguridad Social está estrechamente vinculada al Real Decreto-ley 36/1978, que, por otra parte, crea tres entidades gestoras: el Instituto Nacional de la Seguridad Social (INSS), el Instituto Nacional de la Salud (INSALUD) y el Instituto Nacional de Servicios Sociales (INSERSO), sometidos a la unidad de caja y desarrollando sus funciones en régimen descentralizado. La nueva arquitectura se completa con dos estructuras: la creación de la Tesorería General de la Seguridad Social, encargada de controlar y realizar la gestión económica y la fiscalización de la Seguridad Social, y el mantenimiento del Instituto Social de la Marina como gestor del régimen especial del mar.

Con el artículo 4 del RDL 36/1978, dejan de tener la condición de organismos de la Seguridad Social el Servicio de Empleo y Acción Formativa, Promoción Profesional Obrera, el servicio de Universidades Laborales y el Instituto Español de Emigración. Por último, se crea el Instituto Nacional de Empleo (INEM), adscrito al Ministerio de Trabajo y Seguridad Social.

La reforma recibió una fuerte contestación desde el ámbito político, se entendió como una pérdida en lo que a participación social en la gestión se refiere y que debía garantizarse en cumplimiento de los Pactos de la Moncloa. Desde el punto de vista técnico, la reforma ha sido calificada más como una redistribución interna de las competencias entre los distintos entes que como una nueva arquitectura institucional y funcional. Por último, en lo que se refiere a simplificación y unificación de organismos, la efectividad

es parcial: si bien desaparecen algunos, cierto es que se crean otros nuevos.

Desde el punto de vista de los logros incuestionables, con el RDL 36/1978 se avanza en racionalidad del sistema.

El INSALUD se convierte, por tanto, en función de los Pactos de la Moncloa, en el organismo que se ocupará de la asistencia sanitaria. Se aprovechaba con esta fórmula todo el conocimiento y la experiencia acumulada del INP a los nuevos gestores sanitarios. Pero el proceso de reforma de Seguros Sociales y de la asistencia sanitaria respondió a un intento de síntesis de diversas posiciones que fue ahormando durante algunos años el modelo.

El proceso de debate era abierto, lo que representaba una novedad en una España que durante los 40 años anteriores de dictadura había estado acostumbrada a la toma de decisiones en un ámbito restringido, compuesto por políticos del régimen y burócratas.

Dos obstáculos oscurecían la determinación de equiparar a España con los países del mercado común: la crisis económica, que imponía restricciones para el incremento del gasto público, que además tenía como principal urgencia atender a la prestación de un número cada día mayor de desempleados, y otro de carácter ideológico, esto es, el cuestionamiento del estado de bienestar por algunos sectores políticos y económicos.

No obstante, el incremento de gasto social en España fue mayor que en el resto de los países europeos: entre 1975 y 1993, los países que posteriormente constituirán la Unión Europea aumentaron su gasto social desde el 22% del PIB hasta el 28%. Por su parte España en el mismo periodo incrementó su gasto social desde el 11,66% hasta el 24% (Espuelas, 2013:44). Se produjo un aumento del gasto público en asistencia sanitaria muy importante desde la muerte del dictador hasta 1985, año previo a la aprobación de la Ley General de Sanidad. La diferencia con la media de la OCDE se reduce sin llegar a eliminarse la brecha de gasto sanitario en términos de porcentaje del PIB (tabla 14).

TABLA 14

GASTO PÚBLICO EN ASISTENCIA SANITARIA COMO PORCENTAJE DEL PIB

País	1960	1975	1980	1985
España	1,2	3,6	4,3	4,3
OCDE	2,4	5,1	5,5	5,6

Fuente: OCDE.

Aunque la necesidad de reforma del sistema de atención sanitaria se puso de manifiesto desde prácticamente todos los sectores (empresarios, sindicatos, Administración, profesionales sanitarios y población), no era fácil ponerse de acuerdo con el modelo concreto y al tiempo, disponer de los recursos suficientes para llevarlo a cabo.

Las carencias fundamentales del sistema se aglutinaban en dos bloques: la falta de información, que impedía la eficaz planificación de los servicios y, en segundo lugar, el hecho de que el acceso a la cobertura de la población se realizaba con un alto déficit de equidad. Gran parte de la población con menos recursos se encontraba fuera del sistema, los que nunca habían trabajado con una relación contractual quedaban igualmente excluidos y algunos colectivos, como los autónomos, quedaban lejos de algunas contribuciones obligatorias.

Los Pactos de la Moncloa, en 1978, lograron unos acuerdos sociales de racionalización y transformación de la Seguridad Social a cambio de moderación salarial y liberalización del mercado de trabajo. Se experimentó un importante incremento en el gasto social.

Desde el punto de vista legislativo, tienen lugar dos grandes hitos: el primero de ellos es la Constitución de 1978; de hecho, toda la nueva era democrática tiene la Constitución como punto de partida. La carta magna establece no solo un régimen de libertades, sino que también es el fundamento de la construcción de un moderno estado de bienestar.

El artículo 41 de la Constitución española protege un régimen público integrado por “una determinada estructura protectora de los ciudadanos frente a situaciones de necesidad”. Se señala el carácter público de la Seguridad Social y en su desarrollo constitucional se destacan las siguientes características:

En primer lugar, la libertad de configuración del legislador, que queda limitada por lo que establece el artículo 41: “Un núcleo duro o reducto indisponible por el legislador”.

En segundo lugar, la pluralidad de modelos de seguridad social. Lo que debe ser tutelado por imperativo constitucional es que no se pongan en cuestión los rasgos estructurales de la institución Seguridad Social.

En último lugar, el modelo de seguridad social puede coexistir con otros sistemas complementarios de carácter libre, aunque nunca podrán ser considerados equivalentes a aquel.

El segundo hito es la Ley General de Sanidad de 25 de abril de 1986.

LEY 14/1986, DE 25 DE ABRIL, GENERAL DE SANIDAD

La Constitución española establece en su artículo 43 el derecho a la protección de la salud, inspirándose en ese espíritu se promulga la Ley General de Sanidad de 25 de abril de 1986 (LGS), que constituye el marco normativo básico sobre el que se ha construido la idea de sanidad que hoy conocemos.

Cuatro años tardó el Partido Socialista en reformar el sistema sanitario, ocho años se había retrasado la reforma. Entre las distintas causas, hay autores que destacan que cuando muere el dictador había un porcentaje muy elevado de población protegida por el sistema (81,41%). Sin duda, este hecho hizo retirar el foco de la urgencia de la reforma del sistema, que se centró en la prestación por desempleo.

Se había promulgado numerosa legislación tendente a aumentar la cobertura de la Seguridad Social. El RD 2504/1980 establece la inclusión obligatoria en el Régimen Especial de Trabajadores Autónomos (RETA) de los profesionales colegiados. A partir de esta normativa, desde 1981 gran parte de los colegios profesionales proceden a solicitar la integración de sus colectivos, con lo que se produce una auténtica cascada de órdenes ministeriales que incluyen paulatinamente a personas pertenecientes a profesiones colegiadas. Sobre esta legislación se va a sustentar en la década de los ochenta la legislación del seguro privado, incorporando las mutualidades de previsión social. Es en 1995, con la Ley 30/1995, cuando se modifica de manera sustantiva la ordenación y supervisión de los seguros privados.

Los religiosos de la Iglesia católica se incluyen en el régimen de autónomos con el RD 3325/1981 de 29 de diciembre, el RD 1427/1982 de 25 de junio y la OM de 19 de abril de 1983, esta ya con Gobierno socialista; por su parte, los clérigos se incluyen en el régimen general en virtud del RD 2398/1977.

No solo aumentó el número de personas protegidas, sino también la cobertura de la protección. Se incluye dentro del RETA la prestación de incapacidad laboral transitoria, el acceso obligatorio se generaliza con el Decreto 1774/1978, de 23 de junio, desarrollado por la OM de 28 de julio de 1978, determinando que optarían "en los mismos términos y condiciones establecidos en el Régimen General". Sin embargo, a partir de la Ley 21/1993 se volvió a la consideración de una mejora voluntaria. En lo que se refiere a la cuantía del subsidio de incapacidad laboral transitoria, se produce una reducción en 1980, que se completa con la OM de 6 de abril de 1983. En enero de 1984, a través de los RR DD 43, 44 y 45/1984, se declaran obligatorias las prestaciones que antes eran de carácter voluntario, teniendo como consecuencia la elevación de la presión contributiva (RD 46/1984). Por su parte, la asistencia sanitaria se extiende a los representantes de comercio y a los escritores de libros.

En segundo lugar, la tardanza en ver la luz de la nueva Ley General de Sanidad está relacionada con el gran debate que se produjo acerca del modelo que tenía que ser determinado. Se confrontaban dos visiones distintas de la sanidad: por un lado, la visión de la izquierda política y los sindicatos médicos, consistente en un sistema nacional de salud, universal, y financiado con impuestos y, por otro, el modelo defendido por el colectivo médico, tecnócratas y liberales de Seguros Sociales, financiado por las cotizaciones de los trabajadores, que propugna la libertad de elección y la compatibilidad entre lo público y lo privado.

A principios de los ochenta, la sanidad española adolecía de una serie de problemas, consecuencia, en parte, de la arquitectura institucional del sistema: la tensión entre centralización y descentralización mal resuelta, la dispersión competencial, el peso determinante de los órganos gestores de la Seguridad Social en la regulación efectiva de la asistencia sanitaria, las mutuas de funcionarios o las propias mutuas de accidentes de trabajo, el desequilibrio entre la posibilidad de participación de facultativos y los pacientes en los organismos sanitarios y, en definitiva, un concepto de salud de márgenes más estrechos e identificado con la salubridad pública y no con un concepto más amplio e integral.

La LGS sin duda es un hito en el sistema sanitario español, pero quizá ha sido excesivamente mitificada. Se ha atribuido a la LGS la transformación del modelo de seguridad social profesionalista y de beneficencia en un Sistema Nacional de Salud (SNS), de tipo beveridgiano, de cobertura universal, con financiación pública e inspirado en los principios de universalidad, gratuidad, igualdad de acceso, equidad, solidaridad, descentralización, coordinación de la gestión y calidad de servicio. Pero la verdad es que no fue tan milagrosa; en realidad no produjo la transformación del modelo profesionalista a uno cívico-universalista. Prueba de ello es la pervivencia de las Mutualidades o la necesidad del RD 1088/89 para incorporar a los pobres de la Beneficencia en la ASSS. Tampoco el sistema garantiza la cobertura universal.

Señala Freire Campos (2005) que el SNS nace como una definición conceptual, no se crea una nueva institución. Por tanto, en realidad lo que tenemos es la ASSS universalizada de facto, no de iure. Se integran en un mismo sistema los recursos de la Seguridad Social y los provenientes de Salud Pública.

La ley genera un debate en el trámite parlamentario en torno a algunas cuestiones:

En primer lugar, la universalización se transforma en la extensión de la asistencia sanitaria a todos los ciudadanos. Esta dinámica de la ampliación de la cobertura es heredada de los periodos anteriores; sin embargo, se pierde la oportunidad de crear un derecho subjetivo para todas las personas. En efecto, uno de los objetivos de la ley es extender la asistencia sanitaria al total de los ciudadanos y, aunque no se legisla la cobertura universal, sí se alcanza en la práctica, llegando a estar cubierto por el aseguramiento público el 99,79% de la población española, cifra que se alcanza de manera gradual. Freire indica que para lograr la práctica universalización de la cobertura, se toman tres tipos de medidas:

En primer lugar, la ampliación de la cobertura a nuevos colectivos, como por ejemplo, militares de la República, mutilados del bando republicano o emigrantes retornados.

En segundo lugar, el hecho de que, al final de la década de los ochenta, se incluyeran dentro de la cobertura a todos los censados en los padrones municipales de beneficencia.

Pero el salto cuantitativo lo supone una tercera medida: la ampliación del modelo de Seguridad Social hasta su máxima posibilidad, incluyendo a parados, hijos mayores de 26 años o cónyuges separados (tabla 15).

TABLA 15

POBLACIÓN PROTEGIDA (1979-1991)

Año	Población protegida	% incremento	% población protegida
1979		0,06	81,7
1980		1,4	83,1
1981		0,88	83,98
1982	32.170.421	0,53	84,51
1983	33.066.635	1,87	86,38
1984	35.867.008	6,81	93,19
1985	36.973.753	2,21	95,4
1986	37.347.688	0,7	96,1
1987	38.051.727	0,13	95,97
1988	38.433.425	0,34	96,31
1989	39.452.805	0,17	96,14
1990	38.788.595	1,87	98,01
1991	38.788.595	1,78	99,79

Fuente: Freire Campos (2005).

La segunda de las cuestiones que fueron objeto del debate se refiere a la financiación pública del sistema. Matizado por el mantenimiento de una mínima financiación contributiva, en la situación actual el Presupuesto General del Estado aporta más del 97% (tabla 16).

TABLA 16

FUENTES DE FINANCIACIÓN DEL SISTEMA SANITARIO EN ESPAÑA (1979-2000)

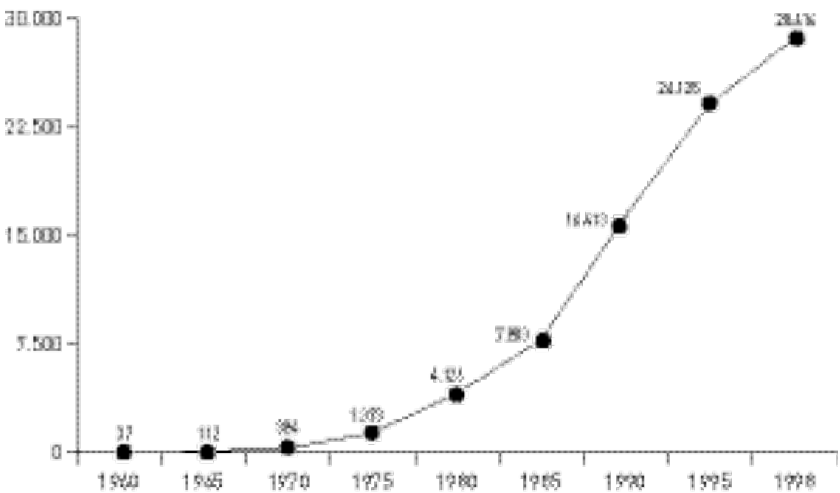
Año	Aportación del Estado	Cotizaciones sociales	Otros ingresos
1979	5,50	90,20	4,30
1982	14,90	82,80	2,30
1986	23,77	74,27	1,96
1990	68,77	27,21	4,02
1995	77,28	20,43	2,29
2000	97,39	0	2,61

Fuente: Cantarero Prieto (2007: 709).

En cuanto a la evolución del gasto sanitario es, precisamente, a partir de 1980 cuando experimenta un crecimiento exponencial (figura 5).

FIGURA 5

EVOLUCIÓN DEL GASTO SANITARIO (1960-1998) EN MILES DE EUROS

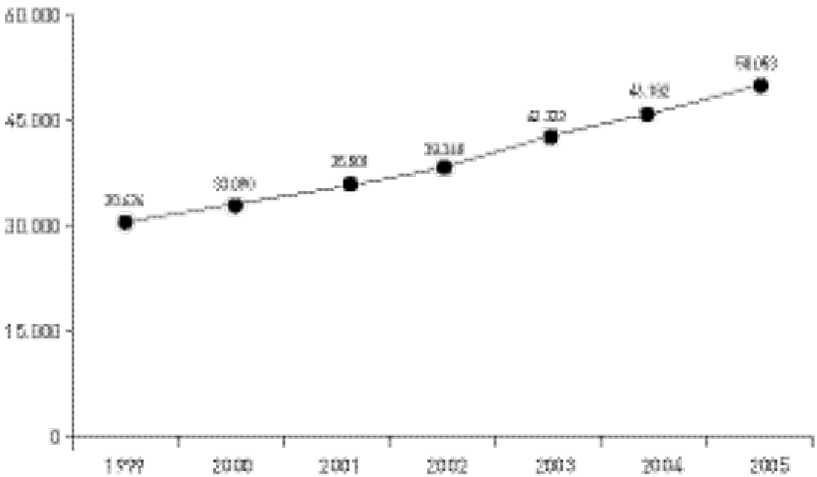


Fuente: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad.

El gasto de las Administraciones Públicas en Salud o Sanidad para sostener el derecho a la salud pasó de 24.124 millones de euros en 1995 a 64.150 millones de euros en 2012. En términos corrientes este gasto se multiplicó por 2,7, y en términos constantes, por 1,7. En la figura 6 se representa el gasto sanitario total entre 1999 y 2005, periodo en el que se consolida el proceso de transferencias a las autonomías.

FIGURA 6

GASTO SANITARIO TOTAL 1999-2005 (EN MILES DE EUROS)



Fuente: Grupo de Trabajo sobre Gasto Sanitario (GTGS) (2007).

En el año 2005, el PIB creció en términos nominales un 7,78% y el gasto sanitario ha ido ganando peso respecto al PIB. En ese mismo año el gasto sanitario crece un 8,38%, lo que le hace incrementar su porcentaje de participación respecto al PIB. Las mayores tasas de crecimiento del GSP se producen en el 2003 (primer año en que se encuentran totalmente transferidas las competencias sanitarias) y posteriores en la serie analizada. Es decir, parece que el proceso de descentralización supuso, en principio, el crecimiento del gasto sanitario, aunque también es coincidente con la “burbuja inmobiliaria” y los ingresos extraordinarios para las haciendas autonómicas. Si lo comparamos con la evolución del PIB en términos de volumen, observamos que el derecho a la salud le ha costado a las administraciones públicas españolas un gasto superior al crecimiento del PIB, ambos en términos reales.

El profesor Repullo compara las tasas de crecimiento del periodo bienal (1999-2001) con el periodo (2003-2005), dejando el 2002 como año de transición, y deflactando para comparar en términos reales, obtiene un diferencial de 1,28% de incremento real por persona protegida (Repullo 2007: 47-66). Sus conclusiones más relevantes son que parte del proceso inflacionario es debido a sobreprecios en los insumos debido a la falta de coordinación y al crecimiento de las remuneraciones al personal como consecuencia de la homologación salarial con las Comunidades Autónomas.

En tercer lugar, se introduce un catálogo de derechos del paciente que, en definitiva, supone una fórmula de participación menos completa.

No se consigue la unificación del sistema sanitario, pero a cambio se avanza hacia una visión integral.

En definitiva, se consolida un sistema intervencionista, no estatalista, que deja un margen amplio a las Comunidades Autónomas para construir la naturaleza de sus servicios jurídicos y el diseño de sus áreas de salud. De igual manera, se van incrementando en este periodo las prestaciones por desempleo (Ley 31/1984), las pensiones de jubilación (en cumplimiento de los Pactos de la Moncloa RDL 44/1977) y la garantía de ingresos mínimos para personas con discapacidad (Ley 13/1982, de 7 de abril). Las pensiones de invalidez se incrementan entre 1976 y 1985 de 713.107 hasta 1.459.383. En lo que se refiere a la nueva arquitectura institucional, adquiere notoriedad el protagonismo de las Comunidades Autónomas, que no solo cobran potestad legislativa en el desarrollo de la LGS, sino que también reciben las competencias de las corporaciones locales.

El proceso de transferencia competencial y de gestión desde la ASSS (INSALUD) a los servicios de salud de las Comunidades Autónomas ha durado 21 años (1981-2002) y durante gran parte del periodo el SNS estaba encarnado por el propio INSALUD, ya que, a excepción de Andalucía y Cataluña, que asumen las competencias sanitarias en 1981 y en 1984 respectivamente, en el resto del país no se habían producido aún (tabla 17).

TABLA 17

PROCESO DE TRASPASOS DE COMPETENCIAS SANITARIAS

DEL INSALUD A LAS CC AA

Comunidades Autónomas	Real Decreto de Transferencia Competenc
Cataluña	RD 1571/1981, de 8 de julio
Andalucía	RD 400/1984, de 22 de febrero
Euskadi	RD 1536/1987, de 6 de noviembre
Comunidad Valenciana	RD 1612/1987, de 27 de noviembre
Galicia	RD 1679/1990, de 28 de diciembre
Navarra	RD 1680/1990, de 28 de diciembre
Canarias	RD 446/1994, de 11 de marzo
Asturias	RD 1471/2001, de 27 de diciembre
Cantabria	RD 1472/2001, de 27 de diciembre
La Rioja	RD 1473/2001, de 27 de diciembre
Murcia	RD 1474/2001, de 27 de diciembre
Aragón	RD 1475/2001, de 27 de diciembre
Castilla La Mancha	RD 1476/2001, de 27 de diciembre
Extremadura	RD 1477/2001, de 27 de diciembre
Baleares	RD 1478/2001, de 27 de diciembre
Madrid	RD 1479/2001, de 27 de diciembre
Castilla y León	RD 1480/2001, de 27 de diciembre

Fuente: Elaboración propia.

Sin embargo, no se crea una organización propia y diferenciada del Ministerio de Sanidad para visibilizar el SNS, como se había hecho, por ejemplo, en Suecia.

Una de las características del modelo es, no obstante, la exigencia de garantía por parte del Estado de la unidad e igualdad básica de las prestaciones del sistema mediante la coordinación y la inspección. En lo referido a las prestaciones, lo más significativo es la inclusión en la ASSS de la Salud Mental, antes inexistente. La ASSS no disponía de centros psiquiátricos, y en los ambulatorios los especialistas eran de neuropsiquiatría.

El territorio se organiza en Áreas de Salud, donde el organismo central de dirección es el hospital general, que garantiza la asistencia especializada. El área se encuentra subdividida a su vez en zonas básicas de salud, marco territorial relacionado con la atención primaria. Nace un nuevo concepto: el centro de salud, que cubre la prevención, la promoción, curación y rehabilitación del sistema.

Posteriormente, la Ley General de Sanidad, de 14 de abril de 1986 (LGS), creaba la denominación Sistema Nacional de Salud (SNS), integrado por el INSALUD y los distintos Servicios Regionales de Salud (SRS).

El nuevo servicio sanitario conseguía indicadores de salud homologables a los países europeos como se puede observar en la tabla 18:

TABLA 18

EVOLUCIÓN DE LA SATISFACCIÓN CON EL ESTADO DE SALUD EN PAÍSES EUROPEOS (% POBLACIÓN CON BUENA SALUD SOBRE EL TOTAL) (1987-2003)

Países/años	1987	1993	1995	1997	2001	2003

Finlandia	66,5	71,1	73,6	66,2	67,1	66,5
Italia	–	–	–	–	60,6	59,8
Países Bajos	80,5	78,2	78,7	78,3	77,9	77,4
España	68,5	68,8	67,1	68,9	69,8	68,3
Suecia	75,5	72,9	75,6	77,8	73,5	74,5
Reino Unido		76,2	76,4	74,6	74,3	74,5

Fuente: Cantarero Prieto (2007: 707).

Con la LGS el sistema se moderniza y crece, mejorando los niveles asistenciales y de equidad y, a pesar de la herencia recibida, consigue la convergencia con los países de nuestro entorno.

En las tablas 19, 20 y 21 puede observarse que la evolución del sistema sanitario, junto al desarrollo económico del país, ha mejorado los indicadores de salud de la población española; en un siglo se multiplicó por dos la esperanza de vida al nacer.

TABLA 19

EVOLUCIÓN DE LA MORTALIDAD INFANTIL EN ESPAÑA (1900-2005)

	1900	1910	1920	1930	1940	1950	1960	1970	1975	1980	1985	1990	1995	2000	2005
Población	20,6	19,8	21,5	23,0	26,7	28,6	30,8	34,3	36,1	37,8	38,9	39,2	39,4	40,3	44,9
Mortalidad infantil	148,5	113,7	108,7	79,8	43,7	28,1	18,9	12,3	8,9	7,6	5,5	4,4	4,1	3,6	3,4

Fuente: Cantarero Prieto (2007: 705).

TABLA 20

EVOLUCIÓN DE LA OFERTA SANITARIA EN ESPAÑA (1950-2005)

Años	1950	1960	1970	1975	1980	1985	1990	1995	2000	2005
Médicos (por 10.000 habs.)	10,2	11,9	13,5	15,3	23,0	33,1	38,2	41,3	44,0	45,5
Camas (por 1.000 habs.)	6,1	5,0	5,1	5,5	5,3	4,8	4,2	3,9	3,7	3,4

Fuente: Cantarero Prieto (2007: 705).

TABLA 21

EVOLUCIÓN DE LA ESPERANZA DE VIDA

EN ESPAÑA (1900-2012)

Año	Población total	Hombres	Mujeres
1900	34,8	33,9	35,7
1910	41,7	40,9	42,6
1920	41,2	40,3	42,1
1930	50,0	48,4	51,6
1940	50,1	47,1	53,2
1950	62,1	59,8	64,3
1960	69,8	67,4	72,2
1970	72,0	69,2	74,8
1975	73,3	70,4	76,2
1980	75,6	72,5	78,6
1985	76,4	73,1	79,6
1990	76,8	73,3	80,3
1995	78,1	74,51	81,7
2000	79,3	75,94	82,73
2005	80,3	77,02	83,54
2010	82,1	79,06	85,05
2011	82,3	79,32	85,16
2012	82,3	79,38	85,13

Fuente: INE y OCDE Health Data Base.

A partir de este momento, el problema sanitario central ha consistido en lograr niveles más eficientes en la prestación de servicios sanitarios, así como obtener mejores niveles de salud en la población sin incrementar el gasto.

CAPÍTULO 8

LOS RETOS ACTUALES

"La separación entre la economía y la política y las motivaciones políticas es algo estéril. Es una pantalla que oculta la realidad del poder y de las motivaciones económicas. Y es, por otra parte, una fuente principal de errores y confusiones en la orientación de la economía. […] Tal como afirmaba Keynes, las ideas económicas guían la política. Pero las ideas también son hijas de la política y de los intereses a que sirven".

Galbraith (2009)

En el mundo occidental, durante los últimos 30 años el debate en materia sanitaria ha estado monopolizado por la sostenibilidad financiera del sistema público. En los países de la OCDE el gasto en salud ha tenido una tendencia alcista durante las últimas décadas del siglo XX y los primeros años del siglo XXI. En 1960, se situaba por debajo del 4% del PIB en los países ricos; en 2009 se había incrementado hasta el 9,6% y más de una decena de países se situaba en el 10%. El país que más incremento ha experimentado es EE UU, que ha pasado del 5% en 1960 al 17% en 2009, aumento mucho mayor que el que han experimentado Holanda (12%) o Francia (11,8%).

El gasto per cápita creció en términos reales en 6,1% durante los años setenta, cayó 3,3% en los ochenta, para volver a crecer el 3,7% en los noventa y el 4% entre 2000 y 2009.

Durante la crisis de los noventa, se produjo cierta contracción en el gasto, que en algunos países como Canadá y Finlandia tuvo un efecto más duradero, pero en la mayoría se tornó en nuevos crecimientos en los años siguientes.

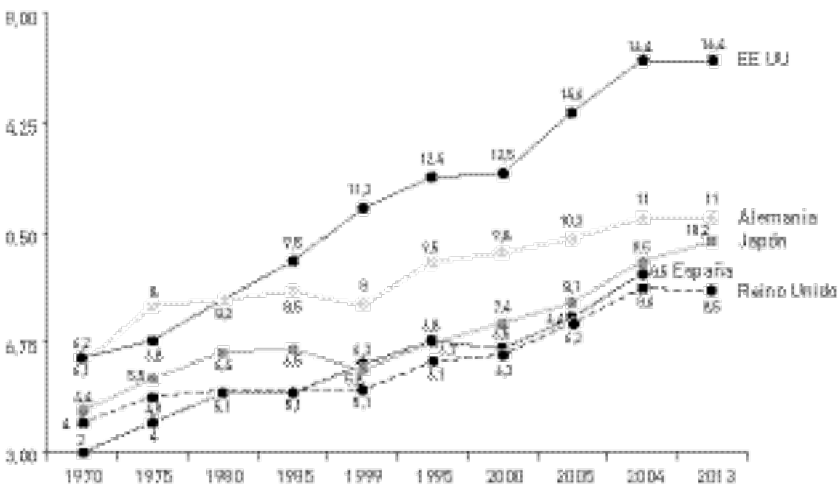
La evolución del gasto sanitario en España no fue una excepción. Desde 1960 el gasto sanitario per cápita se ha multiplicado por 80 en España, lo hizo por 70 en Japón y por algo menos de 30 en EE

UU, Alemania y Reino Unido.

Si bien es cierto que la situación inicial de España era de un gasto correspondiente al 10% del gasto de EE UU, el incremento de los recursos del sistema sanitario, especialmente después de la dictadura, ha llevado a una situación actual en la que el gasto es del 30% del estadounidense.

FIGURA 7

EVOLUCIÓN DEL GASTO SANITARIO EN PAÍSES DE LA OCDE



Fuente: OECD Health Data (2011).

Kleiman (1974) y Newhouse (1977) realizaron estudios empíricos que llegaban a la conclusión de que el gasto sanitario tenía como principal determinante el nivel de renta. Así, Newhouse en su estudio sobre 13 países concluye que el 90% del gasto sanitario se explica con el PIB per cápita. Barros (1998) y Roberts (2000) redundan en la misma conclusión.

Existen dos argumentos que intentan explicar los incrementos de gasto sanitario con base en la relación entre renta y gasto. El primero de ellos se basa en la teoría del capital salud, que aduce que al incrementarse el nivel de salud se incrementa la productividad del trabajador y, por tanto, su incentivo a tener un mejor nivel de salud aumenta el coste de oportunidad de estar enfermo. El segundo argumenta que cuanta más riqueza tiene un país, mayores son las posibilidades de inversión en educación, salud y bienestar y, por tanto, incrementa el gasto en mejora de las condiciones higiénico-sanitarias.

Zweifel et al. (1999) y Okunade y Murthy (2002) concluyen que el envejecimiento poblacional y el proceso tecnológico son los principales determinantes del crecimiento del gasto sanitario. En lo que se refiere al envejecimiento, se apela al mayor gasto por la incidencia de enfermedades crónicas a medida que aumenta la esperanza de vida. Este argumento se pone en entredicho con algunos estudios empíricos que indican que lo que se produce al aumentar la esperanza de vida es un retraso en la aparición de la enfermedad.

En cuanto a la innovación tecnológica, hay mejoras técnicas que muestran su efectividad en términos de salud, pero no todas las innovaciones de carácter tecnológico suponen mejoras en ese aspecto. El exceso de medicalización, más concretamente, la medicalización del malestar y el uso de cualquier técnica innovadora sin cribar aquellas que reportan ganancias en términos de efectividad, se ha convertido en coladero de incremento de gasto sanitario.

En lo que se refiere a España, Molina Morales et al. (2012) estudian el gasto sanitario desde 1960 hasta 2009 y llegan a la conclusión de que el gasto sanitario privado evolucionó mostrando una correlación positiva con el crecimiento del PIB; sin embargo, el gasto sanitario público experimenta crecimiento independientemente de que el PIB per cápita aumente o disminuya. En España, el gasto sanitario total llegó a suponer en 2009 un 8,99% del PIB (6,78% gasto público), mientras que en 2016 representaba el 8,98% (6,34% gasto público), superando el 9% en los años comprendidos entre ambos[10]. Con la crisis, los recortes y

las restricciones de gasto público han producido una disminución de los recursos públicos destinados a sanidad. Sin embargo, si nuestra vista se alza para mirar las últimas décadas, comprobaremos que el gasto público sanitario se ha venido incrementando en términos cualitativos y cuantitativos.

Entre 2000 y 2009 el gasto creció un 5,6% de media en promedio anual. En 2010, el 42,4% del gasto social se destinó a pensiones (frente al 45% en la UE), el 35,7% a sanidad (frente al 37,4%), el 6% a familia (frente al 8%), y el 1,8% a vivienda y exclusión social (frente al 3,6%)[11].

LA CRISIS DEL 2008

La crisis económica supuso un estancamiento de la renta per cápita, en términos reales. Según el Institututo Nacional de Estadística (INE), se pasó de 23.893 euros en 2007 a 23.970 euros en 2016 (año base 2010)[12], lo que supone no solo la pérdida de poder adquisitivo para las personas, sino una merma en los ingresos públicos, que han tenido que enfrentarse a un aumento del gasto en prestaciones sociales.

Las consecuencias sobre la población en materia de empleo fueron considerables: aumentó la tasa de paro (desde el 8,42% en el primer trimestre del año 2007 hasta el 17,22% en el segundo trimestre del año 2017), y llegó a alcanzar el techo del 26,94% en el año 2013, según la Encuesta de Población Activa (EPA).

Por su parte, según datos del INE, la última tasa bruta de cobertura del desempleo disponible, correspondiente al año 2016, fue de solo un 47,8% de los desempleados, lo que ha hecho crecer la desigualdad. De esta manera, el índice de Gini experimentó un incremento, pasando del 32,20 de 2008, al 34,30 en 2015[13].

En este contexto de incremento del déficit público como consecuencia de la caída de ingresos y aumento de los gastos, emerge un mensaje insistente desde algunos ámbitos políticos, económicos y académicos dirigido al rediseño de la convivencia social en torno a políticas individualistas.

Hasta la crisis de la COVID-19, el mundo desarrollado había superado la muerte por enfermedades contagiosas, centrándose los esfuerzos médicos en la prevención y tratamiento de las patologías crónicas. Sin embargo, a partir de este momento tomó vigor el debate sobre si proteger “mi salud” o “la salud del colectivo”.

En definitiva, existe una relación entre el coste de la salud y su sostenibilidad (Vida Fernández, 2011), como también sucede con

otros pilares del estado de bienestar, ya sea la educación pública o las pensiones, que se tensiona y brota con más fuerza cuando se producen coyunturas económicas de recesión o de crisis.

Con la crisis financiera de 2008, el Gobierno español promovió la reforma del artículo 135 de la Constitución española y las Cortes aprobaron la Ley orgánica 2/2012, de 12 de abril, de Estabilidad Presupuestaria y Sostenibilidad Financiera, que ha incluido los principios de estabilidad presupuestaria y sostenibilidad financiera. En ese momento, la devolución de la deuda pública tomaba prioridad entre las obligaciones del Estado.

Junto a las limitaciones del endeudamiento se siguió produciendo el incremento tendencial del gasto sanitario. Ante esta tesitura, la autoridad sanitaria debía elegir entre medidas de racionalización (reformas) o medidas para la reducción pura y simple de las prestaciones, es decir, recortes (Vida Fernández, 2011: 12).

De esta manera, se encadenaron las medidas legislativas. El Real Decreto-ley 16/2012, de 20 de abril, de medidas urgentes para garantizar la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud y mejorar la calidad y seguridad de sus prestaciones fue controvertido y paradigmático en el modelo de reducir la cartera prestacional eliminado la financiación de algunos medicamentos, limitar la cobertura poblacional de los inmigrantes no regularizados y la incorporación de copagos a la compra de productos farmacéuticos. Repullo (2014) establece varias etapas diferentes en los cambios establecidos por el Gobierno central.

En la primera etapa, 2009-10, con el inicio de la crisis se plantean reformas no rupturistas de ahorro, y en el RD 4/2010 se marca un cambio en la política farmacéutica en la que se carga el esfuerzo económico de reducción de costes sobre la industria farmacéutica. Se reduce el precio de genéricos, se prohíben bonificaciones y descuentos, reducción de precios al expirar la patente, etc.

En una segunda etapa, desde mayo 2010 a diciembre de 2011, las autoridades monetarias y económicas europeas introducen medidas más agresivas, como consecuencia de las ayudas financieras al sector bancario. Se aprueba el RDL 8/2010, que significó la bajada del 5% de salario para los empleados públicos y la congelación

nominal de las pensiones no mínimas, entre otras medidas.

En diciembre de 2011 se produjo cambio de Gobierno, y con él, nuevas medidas. En sanidad, una reducción del gasto desde el 6,5% del PIB en 2010 al 5,1% en 2015, que actúa en varios frentes: reduciendo el precio de los factores de producción y estableciendo techos de gasto para las comunidades autónomas. Las medidas introducidas por el Gobierno fueron, entre otras, el RDL 16/2012 de medidas urgentes para garantizar la sostenibilidad del SNS y mejorar la calidad y seguridad de sus prestaciones, el RDL 1192/2012, que reduce la cobertura de servicios del sistema a algunos colectivos, la resolución de 2 de agosto, por la que se excluyen 417 medicamentos de la financiación pública, la Ley 10/2013, referida al uso racional de medicamentos, y el RDL 576/2013, por el que se establece un convenio especial de colaboración a personas que no tengan la condición de aseguradas mediante el pago de 60 o 157 euros, según sean menores o mayores de 65 años.

Se realizan una serie de aprobaciones legislativas y reglamentarias que tienen como objetivo reducir el gasto sanitario. Entre ellas, el RD 1192/2012, de 3 de agosto, por el que se regula la condición de asegurado y de beneficiario a efectos de la asistencia sanitaria en España, con cargo a fondos públicos a través del Sistema Nacional de Salud; la Ley 10/2013, de 24 de julio, por la que se incorporan al ordenamiento jurídico español las Directivas 2010/84/UE del Parlamento Europeo y del Consejo, de 15 de diciembre de 2010, sobre farmacovigilancia, y 2011/62/UE del Parlamento Europeo y del Consejo, de 8 de junio de 2011, sobre prevención de la entrada de medicamentos falsificados en la cadena de suministro legal, y se modifica la Ley 29/2006, de 26 de julio, de garantías y uso racional de los medicamentos y productos sanitarios y el Real Decreto 576/2013, de 26 de julio, por el que se establecen los requisitos básicos del convenio especial de prestación de asistencia sanitaria a personas que no tengan la condición de aseguradas ni de beneficiarias del Sistema Nacional de Salud y se modifica el Real Decreto 1192/2012, de 3 de agosto, por el que se regula la condición de asegurado y de beneficiario a efectos de la asistencia sanitaria en España, con cargo a fondos públicos, a través del Sistema Nacional de Salud. Los recortes se producen en tres líneas:

Por una parte, la especificación de las prestaciones, servicios, procedimientos o procesos que configuran la oferta de la sanidad ("la póliza pública").

La segunda dimensión es la extensión poblacional, donde pueden introducirse restricciones o exclusiones a individuos o grupos poblacionales.

La tercera dimensión es económica, y establece el grado de gratuidad para el paciente en el momento de la utilización de servicios.

La nueva legislación introdujo nuevos copagos en varias líneas: fin de la gratuidad de medicamentos para pensionistas, que pasan a soportar el 10% del coste de los medicamentos con un límite mensual, incremento del porcentaje correspondiente a los activos, desde el 40% anterior hasta el 50 y el 60% en función del nivel de renta y la desfinanciación de más de 400 medicamentos.

Por su parte, los Gobiernos autonómicos de Madrid y Cataluña implantaron el "euro por receta", consistente en el pago de 1 euro por receta prescrita, para ser finalmente retirado por fallo del Tribunal Constitucional a favor del recurso presentado por el Gobierno central y la oposición política en el Senado.

De otra parte, los copagos lineales y obligatorios pueden tener como consecuencia el coste asociado en términos éticos, humanos y económicos de no tomar medicinas efectivas.

José Ramón Repullo (2014: 65) llama la atención de algunos aspectos de la introducción de la ampliación del copago en el RD 16/2012: "1) La incorporación del criterio 'renta' del paciente para establecer los porcentajes de coseguro; 2) la no inclusión de techos de aportación más que para pensionistas; 3) la complejidad del manejo inherente a los techos mensuales de aportación; y 4) la inexistente relación entre utilidad terapéutica e intensidad de copago".

Una buena parte de estas medidas fueron revertidas en los años siguientes, pero no se ha realizado una evaluación de su impacto en términos asistenciales y de salud en la población.

LA CRISIS DEL 2020

La irrupción de la pandemia de la COVID-19 en el mundo desarrollado supone un cambio de paradigma. Los sistemas de salud se han aplicado en las últimas décadas en el tratamiento de enfermedades crónicas.

Muchas enfermedades infecciosas se consideraban erradicadas y la existencia de vacunas garantizaba la reducción a cero de muertes por causas infecciosas. Sin embargo, la globalización ha demostrado que no solo se contagian los mercados y las crisis financieras, sino que también hay enfermedades globales.

Desde la crisis de México de 1982 se han producido seis crisis de notable alcance, siendo la última la de 2008. Paralelamente, en el siglo XXI hemos vivido los virus H1N1, SARS-CoV y, con mayor virulencia y prevalencia, el coronavirus SARS-CoV-2 (causante de la enfermedad COVID-19). Este último ha paralizado la actividad económica durante el primer trimestre del año 2020 y sus consecuencias, en este momento, aun son impredecibles.

Pero más allá de las proyecciones económicas, la pandemia ha puesto de manifiesto tres elementos:

En primer lugar, que del debate sobre la sostenibilidad del sistema deben excluirse las posiciones consistentes en el cuestionamiento de la cobertura universal. La COVID-19 ha sido capaz de saltar a todos los países y estratos sociales, por lo que la exclusión de algunos colectivos, como promovieron los recortes del año 2012, pone en riesgo a toda la población. Por tanto, la protección de la salud individual exige la protección colectiva.

En segundo lugar, que la tendencia en los últimos años, de cara a mejorar la sostenibilidad, ha sido aumentar la rotación de pacientes

por cama. Por tanto, el número de camas por habitante no era el indicador más relevante, sino el porcentaje de paciente tratados con éxito.

Por último, que, con mucha probabilidad, esta no es la última pandemia que va a sufrir el mundo global. Algunas investigaciones apuntan a la existencia de cientos de patógenos desconocidos susceptibles de contagiar a los seres humanos.

La crisis de la COVID-19 ha evidenciado las limitaciones del sistema en cuanto a capacidad de ingresos hospitalarios y, en particular, de las UCI. En el futuro, la sostenibilidad pasará por proporcionar la flexibilidad suficiente al sistema como para aumentar su oferta en tiempo de crisis sin que eso suponga un aumento significativo de los costes fijos y estructurales del sistema.

La salud pública vuelve al centro del tablero. Ya no se trata de un asunto local, sino global, y la OMS es la única institución internacional capaz, en este momento, de establecer protocolos, pautas y restricciones sanitarias epidemiológicas.

Un último factor que ha evidenciado la crisis de la COVID-19 ha sido la necesidad de dar una respuesta más coordinada desde la industria farmacológica. Un escenario global requiere la participación proactiva del sector público a través de organizaciones internacionales con diversas fórmulas, desde alianzas puntuales hasta los consorcios farmacéuticos de participación público-privada, además de una mejor sincronización entre las agencias locales, lo que reduciría los tiempos en que los medicamentos pueden ser comercializados, y esto, a su vez, redundaría en menores costes (FDA, AME o Ministerio de Salud de Japón). Las empresas obtendrían las ventajas de una definición correcta de los derechos de propiedad, ahorro en los ensayos clínicos y todo lo que comportan las economías de escala, además del respaldo del sector público en la investigación.

Hace 100 años una persona en España vivía poco más de 41 años, mientras que la esperanza de vida hoy es de 83,59 años. No sabemos cuál es el techo de vida humano, ni siquiera si existe. No

está escrito que la longevidad siga aumentando, ni tampoco que vaya a disminuir en los próximos años, solo sabemos que lo que hicimos en el pasado ha determinado nuestro presente; por eso, lo que hagamos hoy marcará el mañana.

Bibliografía

Álvarez Rosete, A. (2004): “Bienvenido Mr Beveridge! El viaje de William Beveridge a España y la previsión Social Franquista”. International Journal of Iberia Studies, vol. 17, nº 2.

Andrés Alvarez, V. (1991): “Inseguridad económica y Seguridad Social”, Libertad económica y responsabilidad social, edición a cargo de J. L. García Delgado y A. Sánchez Hormigo, Madrid, Ministerio de Trabajo y Seguridad Social, pp. 115-128.

Barros, P. P. (1998): “The Black Box of Health Care. Expenditure Growth Determinants”, Health Economics, 7 (6), pp. 533-44. Disponible en: https://bit.ly/2xqd1Oi

Cantarero Prieto, D. (2007): “La sanidad en España”, en VV. AA., Cien años de protección social en España, Madrid, Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales.

Caruana de las Cagigas, L.; Fernandez Sánchez, P. y Fernández Pascual, R. (2016): “La penetración en España del seguro ‘no vida’ en comparación con los países avanzados”, Estadística española, vol. 58, nº 190, pp. 161-180.

Comín, F. (2007): “Las fases históricas de la Seguridad Social en la España del s. XX”, en VV. AA., Cien años de protección social en España, Madrid, Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, pp. 641-694.

Comín, F. y Hernández, M. (2010): Historia económica mundial. Siglos X-XX, Barcelona, Crítica.

Cuesta Bustillo, J. (1988): Hacia los Seguros Sociales obligatorios. La crisis de la restauración, Madrid, Centro de publicaciones Ministerio de Trabajo y Seguridad Social.

Flora, P. y Alber, J. (1981): “Modernization, Democratization, and the Development of Welfare States in Western Europe”, en P. Flora,

A. Heidenheimer y N. J. Brunswick (eds.), The Development of Welfare States in Europe and America, Transaction Books.

Freire Campos, J. M. (2005): “La cobertura poblacional del Sistema Nacional de Salud: importancia y retos de la universalización y la equidad en el aseguramiento”, en Un nuevo contrato social para un Sistema Nacional de Salud sostenible, Madrid, Ariel, pp. 61-96.

Gómez Franco, T. (2015): La protección de la Salud desde la perspectiva de los Derechos Humanos, tesis doctoral, UNED, Madrid.

González Murillo, P. (1998): La política social franquista: el Ministerio de José Antonio Girón de Velasco (1941-1957), tesis doctoral, Universidad Complutense de Madrid.

González Posada, C. (1949): “Los Seguros Sociales obligatorios en España”, Revista de derecho privado, Madrid (3ª edición, puesta al día por Salvador Bernal Martín, publicada en Revista de Derecho Romano).

González, M. J. (1979): La economía política del franquismo (1940-1970): dirigismo, mercado y planificación, Madrid, Tecnos.

Guillén, A. M. (1990): El origen del estado de bienestar (1876-1923): El papel de las ideas en la elaboración de políticas públicas, Madrid, Instituto Juan March.

Instituto Nacional de Estadística (2020): Anuario estadístico de España. Disponible en: https://www.ine.es/prodyser/pubweb/anuarios_mnu.htm

Kleiman, E. (1974): “The Determinants of National Outlay on Health”, The Economics of Health and Medical Care, Palgrave MacMillan, Londres. Disponible en: https://link.springer.com/chapter/ 10.1007/978-1-349-63660-0_5

Mercader Uguina, J. R. (2007): “La configuración del sistema de Seguridad Social: de las bases a la Ley de Pensiones no contributivas”, en VV.AA., Cien años de protección en España, Madrid, Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, pp. 305-348.

Molina Morales, A.; Guarnido Rueda, A. y Amate Fortes, I. (2012): "¿Cómo evoluciona el gasto en sanidad en los países ricos? Cincuenta años en perspectiva", eXtoikos, nº 5, pp. 37-41.

Monereo Pérez, J. L. (2007): "El instituto Nacional de Previsión: Ubicación histórica, social y político-jurídica", en VV. AA., Cien años de protección en España, Madrid, Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, pp. 43-155.

Montes Salguero, J. J. (2013): "Aproximación a la previsión social en la legislación de la segunda República española", en N. Martínez Morán, A. M. Marcos del Cano, R. Junquera de Estéfani, Derechos humanos: problemas actuales: estudios en homenaje al profesor Benito de Castro Cid, vol. 2, pp. 505-526.

Moreno Ruiz, R. (2000): "La génesis del mutualismo moderno en Europa", Revista de Estudios Cooperativos, nº 72, pp. 199-214. Disponible en: https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=36707209

Mosquera Rodríguez, F. (2012): "La previsión Social en el régimen franquista", TFG, Universidad de Santiago de Compostela.

Newhouse, J. P. (1977): "Medical Care Expenditure: A Cross-national Survey", Journal of Human Resources, vol. 12, pp. 115-125.

Okunade, A. A. y Murthy, V. N. (2002): "Technology as a 'Major Driver' of Health Care Costs: A Cointegration Analysis of the Newhouse Conjecture", Journal Health Economics, vol. 21 (1), pp. 147-159.

Perdices de Blas, L. (2003): "Debate sobre la cuestión social", en L. Perdices y J. Reeder (eds.), Diccionario de pensamiento económico en España (1500-2000), Madrid, Síntesis.

Pons Pons, J. y Vilar Rodríguez, M. (2015): El seguro de salud privado y público en España, Zaragoza, Prendas Universitas de Zaragoza.

Porras Gallo, I. (1999): "Un foro de debate sobre el seguro de enfermedad: las conferencias del Ateneo de Madrid de 1934",

Asclepio, Consejo Superior de Investigaciones Científicas. Disponible en: http://asclepio.revistas.csic.es

Quintero Lima, M. G. (2014): “La Seguridad Social en España. Su evolución histórica”, Universidad Carlos III, Madrid. Disponible en: http://ocw.uc3m.es/cursos-archivados/derecho-de-la-seguridad-social/lecturas/evolucionhistorica.pdf

Redondo Rincón, G. (2013): El seguro obligatorio de enfermedad en España: responsables técnicos y políticos de su implantación durante el franquismo, tesis doctoral, Universidad Complutense de Madrid.

Repullo, J. R. (2007): “Políticas de salud y servicios sanitarios. Condiciones y alternativas de mejora del gobierno en los sistemas públicos de salud”, Cuadernos África-América Latina, nº 42, pp. 13-36.

— (2012): “La sostenibilidad de las prestaciones sanitarias públicas”, en M. A. Presno-Linera, Crisis económica y atención a las personas y grupos vulnerables, Oviedo, Procuradora General del Principado de Asturias. Disponible en: http:// www.procuradorageneral.es/catedra/ pdf/02_procura/05_jose_ramon_repullo_sostenibilidad_prestaciones_sanitaria

— (2014): “Cambios de regulación y de gobierno de la sanidad”, Informe SESPAS 2014, Gaceta Sanitaria, vol. 28, (S1), pp. 62-68. Disponible en: http://www.gacetasanitaria.org/es/cambios-regulacion-gobierno-sanidad-informe/articulo/ S0213911114000910/

Roberts, J. (2000): “Spurious Regression Problems in the Determinants of Health Care Expenditure: A comment on Hitiris”, Applied Economics Letters, 7 (5), pp. 279-283. https:// doi.org/10.1080 /135048500351393

Salvá, M. (1858): De la beneficencia pública: Discurso pronunciado en la Universidad Central. Imprenta de D. Alejandro Gómez Fuentenebro. Disponible en: https:// books.google.es/books? hl = es&lr = &id = cicYWlU7MygC&oi = fnd&pg = PA5&dq = Establecer + o + declarar + por + medio + de + ley + un + derecho + absoluto + a

+la+asistencia+es+lo+mismo+que+imponer+una+carga
+desconocida,+pero+grande+a+la+poblaci%C3%B3n
+trabajadora+y+honrada
%22&ots=EMPbXYsDi1&sig=wNoboaxNcTS17JznedW5cOf0dF8#v=onep

Samaniego Boneu, M. (2010): "Hacia la unificación de los seguros sociales: el intento integrador de la II República", Studia Histórica. Historia Contemporánea, 2. Disponible en: https://revistas.usal.es/index.php/0213-2087/article/view/5697/5732

Serrano Guirado, E. (1950): El Seguro de enfermedad y sus problemas, Madrid, Instituto de Estudios Políticos.

Tuñón de Lara, M. (1972): El movimiento obrero en la historia de España. Madrid, Taurus.

Vida Fernández, J. (2011): "Sostenibilidad del sistema sanitario. Crisis económica, prestaciones sanitarias y medidas de ahorro", Revista Derecho y Salud, nº 2, vol. 21.

Zwifel, P.; Ferder, S. y Meiers, M. (1999): "Aging of Population and Health Care Expenditure: A red herring?", Health Economics, vol. 8, pp. 485-496.

NOTAS

1 . La influencia de los krausistas Gumersindo Azkárate y Adolfo González Posada es destacada, pero también aparecen ligados al IRS Raimundo Fernández Villaverde, José Echegaray, José Manuel Piernas Hurtado y José Maluquer, siendo este último una figura que se ha relacionado con la creación de los seguros sociales en España.

2 . La Comisión le encargó una ponencia sobre el seguro popular de vida, que resumió en tres grandes aplicaciones: procurar jubilación al obrero por edad avanzada, proporcionar el crédito personal a las clases sociales menos acomodadas y facilitar la transición, entre los obreros, de inquilinos a propietarios.

3 . Una muestra de la implicación de Maluquer en el INP es el hecho de que entre él y Dato financiaron personalmente todos los gastos de la oficina de la calle Génova, primera sede de la institución.

4 . Álvaro Soto Carmona, Gloria Redondo Rincón y Josefina Cuesta Bustillo.

5 . La Gaceta de Madrid, nº 212. Disponible en: https://www.boe.es/datos/pdfs/BOE//1917/212/A00306-00308.pdf

6 . Nótese que la población española en 1920 era de 21,5 millones y la población activa de unos 8,5 millones (Cuesta Bustillo, 1988:

633).

7 . Los intereses de cada colectivo eran diferentes: el de los sindicatos, la mejora de las condiciones de los trabajadores; el del Gobierno, reducir el conflicto social; los patronos querían que no mermase su beneficio, pero aprovechar la mejora de productividad; las mutualidades veían oportunidad de negocio, y los profesionales no querían perder condiciones económicas ni libertad en el ejercicio.

8 . El propio Maluquer llegó a dar una conferencia en la Casa del Pueblo de Madrid en febrero de 1924.

9 . La ley no fija límite económico, se relega a la aprobación reglamentaria correspondiente. En 1948 se amplió esta cantidad a 12.000 pesetas, y en 1949, a 18.000 pesetas.

10 . Disponible en: http://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/data/oecd-health-statistics/system-of-health-accounts-health-expenditure-by-function_data-00349-en

11 . Eurostat, 2012.

12 . Disponible en: http://www.ine.es/dyngs/INEbase/es/operacion.htm?c=Estadistica_C&cid=1254736167628&menu=resultados&idp=1254735

13 . Disponible en: http://www.ine.es/jaxi/Datos.htm?

type=pcaxis&path=/t22/p133/cno11/serie/l0/&file=01004.px

Índice

PRÓLOGO

INTRODUCCIÓN

CAPÍTULO 1. LOS ORÍGENES DE LOS SISTEMAS DE PREVISIÓN SOCIAL

La Reforma Social en la Restauración

Las primeras instituciones de previsión social en España

CAPÍTULO 2. HACIA EL SEGURO DE ENFERMEDAD

Contexto internacional

Antecedentes en España

CAPÍTULO 3. LA II REPÚBLICA

Las conferencias del Ateneno de 1934 y el SOE

CAPÍTULO 4. LA DICTADURA. EL PERIODO DE AUTARQUÍA

La Ley de 14 de diciembre de 1942

CAPÍTULO 5. EL PLAN DE ESTABILIZACIÓN Y LA LEY DE BASES DE 1963

Ley 193/1963, de 28 de diciembre, sobre Bases de la Seguridad Social

CAPÍTULO 6. LA EXPANSIÓN DE LA SEGURIDAD SOCIAL: DESDE 1967 HASTA LA CONSTITUCIÓN DE 1978

Ley de la Seguridad Social de 1966

Ley 24/1972 de 21de junio de Reforma del Régimen General de la

Seguridad Social

Un balance hasta 1975

CAPÍTULO 7. CONSOLIDACIÓN DEMOCRÁTICA

Ley 14/1986. de 25 de abril, General de Sanidad

CAPÍTULO 8. LOS RETOS ACTUALES

La crisis del 2008

La crisis del 2020

BICLIOGRAFÍA

NOTAS